 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA	Versión: 07
		ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	2017 – 01 - 06
		INT-R02.4000-013	Página 1 de 472

ANEXO 2:

**ESTRUCTURA DE LOS REGISTROS
PARA NOTIFICACIÓN DE DATOS
DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA**




INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
PROCESO R02 VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA

AUTORES:

GRUPO SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA-SIVIGILA

Wilson Eduardo Aguilar Landínez, Ingeniero de sistemas

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA	Versión: 07
		ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	2017 – 01 - 06
		INT-R02.4000-013	Página 2 de 472

Historial de revisiones


Fecha	Revisión	Descripción	Autor
12.09.05	0.9	Versión preliminar como propuesta de Desarrollo	Jaime Ferley Riveros
15.10.05	2006.1	Versión Final para implementación 2006, Esquema integrado con la implementación del SIRE	Oscar Eduardo Pacheco Gilma Constanza Mantilla Videoconferencia Nacional
05.09.06	2007.1	Versión Final para implementación 2007, ajustada al Sistema Integral de Información para la protección social SISPRO y SIVIGILA en WEB Ministerio de la Protección Social, de acuerdo a las modificaciones aprobadas a las fichas de notificación en reunión nacional de epidemiólogos junio de 2006.	Walter Cuervo Moreno Oscar Eduardo Pacheco
22.08.07	2008.1	Versión Final para implementación 2008, ajustada.	Andrés Jehú Holguín Acevedo. Oscar Eduardo Pacheco García
25.11.08	2009.0	Versión actualizada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2009	Norma Rocío Lozano Falla Maribel Ramirez Oscar Eduardo Pacheco García Andrés Jehú Holguín Acevedo Rubén Darío Rodríguez Camargo
15.03.2010	2010.1	Versión actualizada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2010	Rubén Darío Rodríguez Camargo Andrés Jehú Holguín Acevedo Maribel Ramírez Rincón
16.09.2010	2010.2	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2010	Rubén Darío Rodríguez Camargo Maribel Ramírez Rincón
16.11.2010	2010.3	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2010	Rubén Darío Rodríguez Camargo



01.10.2011	2011.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2012.</p> <p>Incluye los eventos bajo peso al nacer, Morbilidad Materna Extrema</p>	Wilson Eduardo Aguilar landínez
30.12.2011	2011.2	<p>Versión revisada para implementación 2012</p> <p>Incluye nuevos eventos: bajo peso al nacer, exposición a flúor, tuberculosis farmacorresistente, mortalidad por desnutrición.</p> <p>Revisión de reglas de validación</p>	Maribel Ramírez Rincón Wilson Eduardo Aguilar Landínez Referentes Nacionales del Sistema de Información de Eventos de Interés en Salud Pública, Subdirección de vigilancia y control en salud pública INS
01.08.2012	2012.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2012 2.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none">. Revisión de reglas de validación. Cambios en la estructura de varios eventos. Cambios en la estructura de la notificación individual. Incluye propuesta de estructura para el evento Vigilancia nutricional de la gestante (Cod. 111)	Wilson Eduardo Aguilar landínez
15.01.2014	2014.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2014 1.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none">. Revisión de reglas de validación. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos. Cambios en la estructura de varios eventos. Cambios en la estructura de la notificación individual. Inclusión de nuevos eventos. Eliminación de eventos. Individualización de eventos. Adición de datos complementarios para ciertos eventos	Wilson Eduardo Aguilar landínez
23.07.2014	2014.2	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2014 2.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none">. Revisión de reglas de validación. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos. Inclusión de nuevo evento Cod. 452	Wilson Eduardo Aguilar landínez



05.01.2015	2015.1	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2015 1.0.0: <ul style="list-style-type: none">. Revisión de reglas de validación. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos. Inclusión de nuevos eventos	Wilson Eduardo Aguilar landínez
11.03.2016	2016.1	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2016 1.0.0: <ul style="list-style-type: none">. Revisión de reglas de validación. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos. Inclusión de nuevos eventos	Wilson Eduardo Aguilar landínez
01.07.2016	2016.2	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2016 1.3.0: <ul style="list-style-type: none">. Revisión de reglas de validación. Eliminación e inclusión de variables para el evento con Cod. 453. Inclusión de nuevos eventos: Cod. 357, Cod. 359. Eliminación de eventos Cod. 353. Inclusión de registro de indicadores (Web)	Wilson Eduardo Aguilar landínez
28.11.2016	2017.1	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2017 1.0.0: <ul style="list-style-type: none">. Revisión de reglas de validación. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos	Wilson Eduardo Aguilar landínez

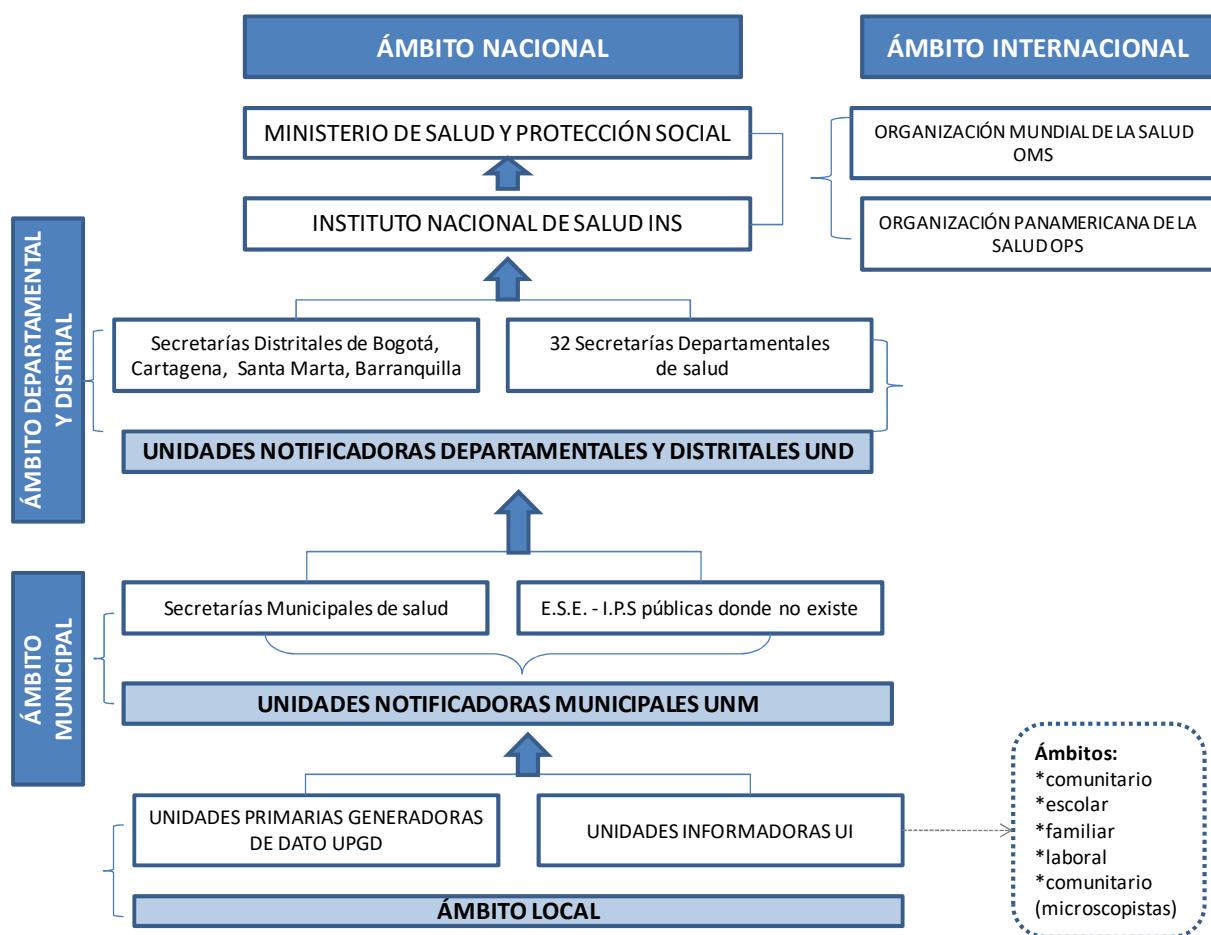
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA	Versión: 07
		ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	2017 – 01 - 06
		INT-R02.4000-013	Página 5 de 472

CONTENIDO

1. FLUJO Y ESTRUCTURA DE ARCHIVOS PLANOS	6
Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD) a la Unidad Notificadora Municipal (UNM).....	7
Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Notificadora Municipal (UNM) a la Unidad Notificadora Departamental (UND).....	8
Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Notificadora Departamental (UND) al Instituto Nacional de Salud (INS).....	9
1.1. Estándar y características de los archivos planos.....	9
Archivo C. Plano de Control - para la UPGD.....	11
Archivo U. Estructura del archivos plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD.....	12
Archivo R. Archivo plano contenedor de datos sobre el talento humano disponible para la vigilancia y la prestación de servicios en las unidades primarias generadoras del dato UPGD -	15
Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos	17
2. ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL	24
Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos	24
3. ESTRUCTURA DE DATOS COMPLEMENTARIOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL	39
Relación datos básicos con datos complementarios.....	40
4. REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE SALA DE CIRUGÍA Y SALA DE PARTO PARA LOS INDICADORES MENSUALES DE CADA UPGD	41
APROBADO	359

1. FLUJO Y ESTRUCTURA DE ARCHIVOS PLANOS

Flujo de los archivos planos



- La Unidad Primaria Generadora de Datos consolida datos de los archivos planos recibidos de sus sedes (cuando aplique) y transfiere archivos planos consolidados a la unidad notificadora Municipal (UNM) o Distrito (UND) (según sea el caso) en cumplimiento de la notificación periódica semanal individual obligatoria. Puede cargar información semanalmente a partir de sus propias herramientas o sistemas, conservando la estructura del archivo plano previsto y las reglas de contenido establecidas por el Instituto Nacional de Salud.
- La Unidad Notificadora Municipal consolida datos de los archivos planos recibidos y transfiere archivos planos consolidados municipales a la Unidad Notificadora Departamental (UND) en cumplimiento de la notificación periódica semanal individual obligatoria. Puede cargar información semanalmente a partir de sus propias herramientas o sistemas, conservando la estructura del archivo plano previsto y las reglas de contenido establecidas por el Instituto Nacional de Salud.

- c. La Unidad Notificadora Departamental consolida datos de los archivos planos recibidos y trasfiere archivos planos consolidados Departamentales al Instituto Nacional de Salud (INS) en cumplimiento de la notificación periódica semanal individual obligatoria. Puede cargar información semanalmente a partir de sus propias herramientas o sistemas, conservando la estructura del archivo plano previsto y las reglas de contenido establecidas por el Instituto Nacional de Salud.

Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD) a la Unidad Notificadora Municipal (UNM).

Nombre	Descripción	Longitud
SIGLA + CODIGO UPGD + SEMANA EPIDEMIOLOGICA.txt	Sigla (ver tabla Uno), más los cinco dígitos asignados consecutivamente al prestador de servicios de salud, más el número de la semana epidemiológica que se esté notificando.	8

Ejemplo:

El prestador de servicios de salud está registrado con el número: 520013333301, ésta UPGD notifica la semana epidemiológica 46 a la Unidad Notificadora Municipal (UNM) = 52001.

El archivo de caracterización debe nombrarse:	U3333346.txt
El archivo de caracterización de UCI en UPGD:	V3333346.txt
El archivo de talento humano y servicios debe nombrarse:	R3333346.txt
El archivo de notificación datos básicos debe nombrarse:	N3333346.txt
El archivo de notificación colectiva debe nombrarse:	B3333346.txt
El Archivo de datos complementarios debe nombrarse:	D3333346.txt
El archivo de control debe nombrarse:	C3333346.txt
El archivo tradicional colectivo debe nombrarse:	T3333346.txt
El archivo morbilidad por IRA (Vigilancia Centinela ESI - IRAG):	I3333346.txt
El archivo de notificación archivo plano debe nombrarse:	SIVIGILA.txt

Nota: Sí el nombramiento de los archivos planos propuesto no es el adecuado para usarse dentro del municipio dadas sus condiciones, la Unidad Notificadora Municipal podrá ajustar el nombre de los archivos, siempre y cuando se conserve lo indicado en título 1, 2 y 3 de este documento.


Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Notificadora Municipal (UNM) a la Unidad Notificadora Departamental (UND).

Nombre	Descripción	Longitud
SIGLA + CODIGO MUNICIPIO + SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.txt	Sigla (ver tabla Uno), más los cinco dígitos asignados por el DANE para identificar los municipios, más el número de la semana epidemiológica que se este notificando.	8

Ejemplo:

La Unidad Notificadora Municipal (UNM) = **52001**, notifica la semana epidemiológica 46 a la Unidad Notificadora Departamental (UND) = 52.

El archivo de caracterización de UPGD debe nombrarse:	U5200146.txt
El archivo de caracterización de UCI en UPGD:	V5200146.txt
El archivo de talento humano y servicios debe nombrarse:	R5200146.txt
El archivo de notificación datos básicos debe nombrarse:	N5200146.txt
El archivo de notificación colectiva debe nombrarse:	B5200146.txt
El Archivo de datos complementarios debe nombrarse:	D5200146.txt
El archivo de control debe nombrarse:	C5200146.txt
El archivo tradicional colectivo debe nombrarse:	T5200146.txt
El archivo morbilidad por IRA (Vigilancia Centinela ESI - IRAG)	I5200146.txt
El archivo de notificación archivo plano debe nombrarse:	SIVIGILA.txt

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA	Versión: 07
		ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	2017 – 01 - 06
		INT-R02.4000-013	Página 9 de 472

Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Notificadora Departamental (UND) al Instituto Nacional de Salud (INS).

Nombre	Descripción	Longitud
SIGLA + CODIGO DEPARTAMENTO + SEMANA EPIDEMIOLOGICA.txt	Sigla (ver tabla Uno), más los dos dígitos asignados por el DANE para identificar los departamentos, más el número de la semana epidemiológica que se este notificando.	8

Ejemplo:

La Unidad Notificadora Departamental (UND) = **52**, notifica la semana epidemiológica 46 a al Instituto Nacional de Salud INS.

Nota: Se debe agregar 3 ceros al código del departamento.


El archivo de caracterización de UPGD debe nombrarse:	U5200046.txt
El archivo de caracterización de UCI en UPGD:	V5200046.txt
El archivo de talento humano y servicios debe nombrarse:	R5200046.txt
El archivo de notificación datos básicos debe nombrarse:	N5200046.txt
El archivo de notificación colectiva debe nombrarse:	B5200046.txt
El Archivo de datos complementarios debe nombrarse:	D5200046.txt
El archivo de control debe nombrarse:	C5200046.txt
El archivo T debe nombrarse:	T5200046.txt
El archivo morbilidad por IRA (Vigilancia Centinela ESI - IRAG)	I5200146.txt
El archivo de notificación archivo plano debe nombrarse:	SIVIGILA.txt

1.1. Estándar y características de los archivos planos.

Se aceptarán los archivos planos de datos que cumplan el estándar TXT.

Características de los archivos planos.

- Los campos de las variables del archivo plano deben estar separados por comas. La coma solamente debe ser utilizada para este fin. Cuando el dato no lleve valor (blanco) igual se debe incluir el campo separado por comas (.). Nunca utilizar el carácter coma (,) en los campos texto.
- Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (" "), ni ningún otro carácter especial.
- Para optimizar el proceso del envío de los archivos, se pueden comprimir con formato ZIP.
- No colocar ningún carácter especial de fin de registro o archivo.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA	Versión: 07
		ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	2017 – 01 - 06
		INT-R02.4000-013	Página 10 de 472

Siglas principales para nombramiento de los archivos planos.

Se ha de tener en cuenta las siguientes siglas para los nombres de los archivos a remitir por parte de las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) y las Unidades Notificadoras (UN)

Sigla	Descripción	Longitud
U	Archivo plano contenedor de datos de caracterización de unidades primarias generadoras del dato UPGD.	1
V	Archivo plano contenedor de datos de caracterización de unidades de cuidado intensivo (UCI) en las UPGD.	1
R	Archivo plano contenedor de datos sobre el talento humano disponible para la vigilancia y la prestación de servicios en las unidades primarias generadoras del dato UPGD	1
N	Archivo plano contenedor de datos básicos de notificación individual periódica semanal obligatoria	1
B	Archivo plano contenedor de datos de notificación colectiva periódica semanal obligatoria	1
D	Archivo plano contenedor de datos complementarios de notificación periódica semanal obligatoria.	1
C	Archivo plano de control.	1
T	Archivo plano contenedor de datos de los eventos de notificación individual periódica semanal obligatoria.	1
I	Archivo plano contenedor de datos del evento colectivo morbilidad por IRA (Vigilancia Centinela ESI - IRAG)	1
SIVIGILA	Archivo plano contenedor de datos de cuando fue generado el archivo plano individual periódica semanal obligatoria.	1

Archivo C. Plano de Control - para la UPGD.

Código Campo	Nombre Conceptual	Longitud	Valores Permitidos
1.a	Código del prestador de servicios de salud	10	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001 (Ver Nota 1)
1.b.	Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	2	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio. (Ver Nota 2)
2	Fecha Notificación	10	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)
3	Nombre de Archivo	8	Nomenclatura de siglas según tabla 1 y reglas de nombramiento según flujo, sin extensión.
4	Número de registros.	4	Número de registros notificados por UPGD.

Nota 1. Cuando el archivo plano de control sea generado por la Unidad Notificadora Municipal (UNM), ó la Unidad Notificadora Departamental (UND), en el campo "1.a" debe ingresarse el código del ente territorial asignado por el DANE y completarse a la longitud permitida con "Ceros" (0).

Ejemplo:

i). la UND: Nariño = 5200000000, y ii). La UNM: Pasto = 5200100000

Nota 2. Cuando el archivo plano de control sea generado por la Unidad Notificadora Municipal (UNM), ó la Unidad Notificadora Departamental (UND), en el campo "1.b" deben ingresarse dos ceros (00)

Ejemplo

i). 00

 <p style="text-align: center;">PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</p>	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
	INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
		Página 12 de 472

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de cambio en la Caracterización	FEC_CAR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	Debe ser igual a la fecha actual No puede ser inferior a la fecha de entrega del aplicativo.
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio. *	SI	
Razón Social	RAZ_SOC	200	Texto	Nombre de la persona jurídica registrada para identificar a la UPGD	SI	
Dirección UPGD	DIR	150	Texto	Dirección de Correspondencia de la UPGD	SI	
Representante Legal	REP_LEG	100	Texto	Nombres y Apellidos del Representante legal la UPGD.	SI	
Correo Electrónico	COR_ELE	100	Texto	Correo electrónico de la UPGD.	SI	Validar que tenga el carácter "@" y como mínimo 8 caracteres
Responsable Notificación	RES_NOT	100	Texto	Nombres y Apellidos de la persona responsable de la notificación en la UPGD	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 13 de 472

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Teléfono	TEL	15	Texto	Número telefónico de la UPGD.	SI	
Fecha de constitución o inicio de actividades asistenciales	FEC_CON	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	Debe ser mayor o igual a la fecha de caracterización
Naturaleza Jurídica	NAT_JUR	1	Texto	1 = Privada sin ánimo de lucro 2 = Privada con ánimo de lucro 3 = Mixta 4 = Pública	SI	
Nivel de Atención	NIV	1	Texto	1 = I 2 = II 3 = III	SI	
Notifica Actualmente	NOT_ACT	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	
Unidad de Análisis	UNI_ANA	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	
Cove	COV	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	
Talento Humano Disponible	TAL_HUM	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	
Tecnología Disponible	TEC_DIS	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	
Computador	COM	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	
Fax Módem	FAX_MOD	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	
Correo Electrónico	TIE_COR	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	VALIDAR QUE TENGA EL CARÁCTER "@" Y COMO MÍNIMO 8 CARACTERES
Internet	INT	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	
Telefax	TEL_FAX	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	
Radioteléfono	RAD_TEL	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	
Activa en el Sivigila	ACT_SIV	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 14 de 472

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nit UPGD	NIT_UPGD	12	Texto	Numérico	SI	VALIDAR QUE SE INGRESE CON EL NUMERO DE VALIDACION
Unidad Informadora	ES_UNI_NOT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Estado	ESTADOUPGD	1	Texto	1 = Abierta 2 = Cerrada	SI	
Localidad o Zona	LOC_O_ZONA	2	Texto	Texto	NO	En caso de que no aplique, el valor será "NA"
Fecha Inicial de Caracterización	FEC_INICAR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	Fecha efectiva en la cual la UPGD empezó a usar el Sistema SIVIGILA
Notifica IAD?	NOTIF_IAAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
¿La IPS es Hospital universitario?	HOSP_UNIVE	1	texto	1= SI 2= NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
¿La IPS Pertenece al régimen de excepción?	REG_EXCEPC	1	texto	1= SI 2= NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
Cuál es el número total de camas hospitalarias en la IPS	TOT_CAMAS	5	Texto	>=1 AND <= 99999	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí Segun capacidad instalada inscrita en la caracterización
Cuenta la UPGD con un comité de infecciones conformado de manera oficial	COMITE_INF	1	Texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
La búsqueda de casos de infección es realizada por profesionales	BI_PROFESI	1	texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 15 de 472

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuantos brotes de IAAS se presentaron en el último año?	IAAS_ULTIM	3	texto	>=0 AND <=100	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
Cuenta la UPGD con informes documentales de los analisis de las tendencias de las IAAS que incluya la identificación de problemas y sus respectivas recomendaciones.	INF_TENDEN	1	texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
Realiza la IPS socialización de los informes de las tendencias de las IAAS a los servicios involucrados con la vigilancia	SOCIAL_TEN	1	texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología	LAB_MICROB	1	Texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
El laboratorio es propio	LAB_PROPIO	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí
Ingrese el (los) nombre(s) del (los) laboratorio(s) de microbiología contratado(s)	LABS_CONTR	254	Texto	Texto	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 2=No
El laboratorio de microbiología tiene la capacidad de identificar género y especie.	IDENT_GYE	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "El laboratorio es propio" en opción 2 = NO
El laboratorio de microbiología tiene capacidad para realizar pruebas de susceptibilidad antimicrobiana.	PRUE_SUCEP	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 16 de 472

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
El laboratorio de microbiología cuenta con un sistema automatizado para la identificación y susceptibilidad antimicrobiana.	LAB_AUTOMA	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí
El laboratorio de microbiología dispone de los siguientes equipo(s) automatizados - Vitek	VITEK	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí
El laboratorio de microbiología dispone de los siguientes equipo(s) automatizados - Microscan	MICROSCAN	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí
El laboratorio de microbiología dispone de los siguientes equipo(s) automatizados - Phoenix	PHOENIX	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí
El laboratorio de microbiología cuenta con Control de Calidad Interno para susceptibilidad de los antimicrobianos.	LAB_CCI	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí
El laboratorio de microbiología participa en un programa de Control de Calidad Externo del desempeño para susceptibilidad de los antimicrobianos.	LAB_CCE	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí
El personal de microbiología es miembro activo del Comité de Infecciones	MICR_CDI	1	Texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
Utiliza el software Whonet para el análisis de los datos microbiológicos.	WHONET	1	Texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí

 <p style="text-align: center;">PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</p>	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		2017 – 01 – 06
	INT-R02.4000-013	Página 17 de 472

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
La IPS realiza los informes periódicos de los patrones de susceptibilidad a los antimicrobianos de agentes etiológicos de importancia clínica.	INFORM_PAT	1	Texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
El laboratorio de microbiología confirma perfiles inusuales de las cepas.	LAB_CON_PE	1	Texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
El laboratorio de microbiología remite las cepas para la confirmación de perfiles inusuales a otra entidad.	LAB_REM_CE	1	Texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
El laboratorio de microbiología reporta al Comité de Infecciones los hallazgos microbiológicos inusuales.	LAB_REPORT	1	Texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
La IPS realiza vigilancia al consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario.	VIGILA_CAB	1	Texto	1 = SI 2 = NO	SI	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
El profesional del Servicio Farmacéutico participa en la vigilancia del consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario.	PSF_PARCAB	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La IPS realiza vigilancia al consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario." en opción 1=Sí
Participa por lo menos un médico en la vigilancia del consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario.	MED_PARCAB	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La IPS realiza vigilancia al consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario." en opción 1=Sí
La IPS cuenta con informes y análisis del comportamiento del consumo de antibióticos que identifica problemas y propone soluciones.	INF_ANTIOB	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Dependiente de "La IPS realiza vigilancia al consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario." en opción 1=Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 18 de 472

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 19 de 472

Archivo R. Archivo plano contenedor de datos sobre el talento humano disponible para la vigilancia y la prestación de servicios en las unidades primarias generadoras del dato UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Artículo	COD_ART	2	Texto	1 = Epidemiólogo 2 = Médico Especialista 3 = Médico General 4 = Enfermero(A) 5 = Bacteriólogo(A) 6 = Técnico(A) Asistencial O Administrativo 7 = Promotor(A) De Salud 8 = Otro 11 = Consulta General 12 = Consulta Especializada 13 = Urgencias 14 = Vacunación 21 = Medicina General 22 = Medicina Interna 23 = Pediatría 24 = Neurología 25 = Ginecobstetricia 26 = Cuidados Intensivos 31 = Hematología 32 = Microbiología 33 = Química 34 = Inmunología 35 = Patología 36 = Toxocología 37 = Parasitología 38 = Virología	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 20 de 472


Archivo R. Archivo plano contenedor de datos sobre el talento humano disponible para la vigilancia y la prestación de servicios en las unidades primarias generadoras del dato UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Valor	VALOR	8	Texto	Valor numérico que indica la cantidad de horas asignadas a vigilancia	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 21 de 472

Archivo V. Archivo plano contenedor de datos de caracterización de UCI en UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio. *	SI	
Número identificador de la UCI en la UPGD	ID_UCI	2	Numérico	>0	SI	
Tipo UCI	TIPO_UCI	1	Texto	A = UCI-A P = UCI-P N = UCI-N	SI	
No. Total de Camas UCI	TOT_UCI	3	Numérico	>=1 AND <= 999	SI	No debe ser mayor al número de camas hospitalarias.
Comparte espacio físico con la unidad de cuidado intermedio	COMP_ESPAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Número de camas de cuidado intermedio	N_CAM_INTE	3	Numérico	>=0 AND <= 999	NO	Dependiente de "Comparte espacio físico con la unidad de cuidado intermedio" en opción 1=SI
Sub Tipo UCI	SUB_TIPUCI	1	Texto	1 = Médica 2 = Medico - Quirurgica 3 = Cardiovascular	SI	
Activa	ACTIVA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 22 de 472

Archivo V. Archivo plano contenedor de datos de caracterización de UCI en UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 23 de 472

Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 24 de 472

Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
VARIABLE GLOBAL PARA IDENTIFICACION DE REGISTRO.	CONTROL	12	Texto	“LABORATORIOS”	SI	Permite diferenciar el origen del registro. Evento y Laboratorio. Todos los registros de Laboratorio deben contener esta leyenda obligatoriamente.
Primer Nombre	PRI_NOM	30	Texto	Primer Nombre del paciente 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 Marco Alejandro Mol	SI	
Segundo Nombre	SEG_NOM	30	Texto	Segundo nombre del paciente No obligatorio	NO	
Primer Apellido	PRI_APE	30	Texto	Primer apellido del paciente	SI	
Segundo Apellido	SEG_APE	30	Texto	Segundo apellido del paciente No obligatorio	NO	
Fecha de la Toma del Examen	FEC_EXA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Permite diferenciar el origen del registro. Evento y Laboratorio. Todos los registros de Laboratorio deben contener esta fecha obligatoriamente excepto el evento con código INS 340

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 25 de 472

Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de la Recepción en el Laboratorio	FEC_REC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Muestra	MUESTRA	2	Texto	0 = No aplica 1 = Sangre Total, 2 = Orina 3 = Hisopado Nasofaringeo 4 = Tejido 6 = Lcr 7 = Heces 8 = Aspirado Nasofaringeo 10 = Esputo 11 = Otros Líquidos Esteriles 12 = Saliva 13 = Suero 14 = Orofaringeo 15 = Alimentos 16 = Superficies 17 = Agua 18 = Vómito 19 = Médula osea 20 = Líquido sinovial 21 = Linfa 22 = Lavado bronquial 31 = Moco 32 = Secreciones 33 = Placenta 34 = Cordón umbilical	SI	Ver cuadro por evento. La opción 0 solo aplica para el evento Defectos congénitos (Cod. 215)
Prueba	PRUEBA	2	Texto	Según tabla de referencia	SI	
Agente	AGENTE	2	Texto	Según tabla de referencia	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 26 de 472

Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado	RESULTADO	2	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = No Procesado 4 = Inadecuado 5 = Dudoso 6 = Valor Registrado 7 = Compatible 9 = Desconocido 10 = Reactivo 11 = No Reactivo 12 = Contaminada Con Hongos 13 = Muestra Escasa De Células 14 = Borderline 15 = No compatible 16 = Indice bacilar 17 = Sensible 18 = Resistente 19 = Intermedio	SI	Si se emplea el código de agente 99 Virus respiratorios, el resultado solamente admite 2, 3 o 4)
Fecha de Expedición del resultado	FEC_EXP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Valor (si aplica)	VALOR	30	Texto	Texto	NO	(Opcional dependiente de 14)
Telefono del paciente	TELEFONO	20	Texto	Texto	NO	
Dirección del paciente	DIRECCION	150	Texto	Texto	NO	
Tipo de Régimen en Salud	TIP_REG_SA	1	Texto	C = Contributivo S = Subsidiado P = Excepción E = Especial N = No Asegurado	NO	
Código Administradora	COD_ASE	6	Texto	Código de la entidad responsable de la atención del paciente. Código asignado por el MPS a la Administradora.	NO	Si se selecciona la opción "no afiliado" en la variable tipo de régimen en salud, se desactiva esta variable. Para las demás opciones es obligatorio su diligenciamiento.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 27 de 472

Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 <p style="text-align: center;">PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</p>	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
	INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
		Página 28 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Código del Evento según CIE X o INS	SI	
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	Debe construirse de acuerdo a la fecha establecida para cada evento
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	Debe construirse de acuerdo a la fecha establecida para cada evento
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 29 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos


NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Primer Nombre	PRI_NOM	30	Texto	Primer Nombre del paciente 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 Marco Alejandro Mol	SI	
Segundo Nombre	SEG_NOM	30	Texto	Segundo nombre del paciente No obligatorio	NO	
Primer Apellido	PRI_APE	30	Texto	Primer apellido del paciente	SI	
Segundo Apellido	SEG_APE	30	Texto	Segundo apellido del paciente No obligatorio	NO	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	Si 2.7, selecciona RC: Valor TI: Valor CC: Valor numérico CE: PA: MS: AS:

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 30 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Edad	EDAD	3	Numérico	Edad en números enteros del paciente. Se registra 0 solo para mortinatos o evento In Utero	SI	Si ingresa fecha de nacimiento el sistema calcula la edad y deshabilita este campo. Al valor 0 (cero) debe asignarse por defecto en unidad de medida el mismo valor (cero)
Unidad de medida de la edad	UNI_MED	1	Texto	0 = No aplica 1 = Años 2 = Meses 3 = Días 4 = Horas 5 = Minutos	SI	Si selecciona CC, TI, CE, en documento de identidad, unidad de medida solo debe ser 1
Sexo	SEXO	1	Texto	M = Masculino F = Femenino I = Indeterminado	SI	
País de ocurrencia del caso	COD_PAIS_O	3	Texto	Código de país internacional	SI	Por defecto debe aparecer inicialmente "COLOMBIA"
Código del Departamento de ocurrencia del caso.	COD_DPTO_O	2	Texto	Código del Departamento Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Nariño = 52	SI	
Área de ocurrencia del caso.	AREA	1	Texto	1 = Cabecera Municipal 2 = Centro Poblado 3 = Rural Disperso	SI	
Localidad o Comuna	LOCALIDAD	20	Texto	Dependiente 2.14.1	NO	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 1= cabecera Municipal
Centro Poblado	CEN_POBLAD	20	Texto	Dependiente 2.14.2	NO	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 2= centro poblado
Vereda	VEREDA	20	Texto	Dependiente 2.14.3	NO	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 3= rural disperso

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 31 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Barrio Vereda Localidad de ocurrencia del caso	BAR_VER	20	Texto	Texto Asociado a tabla de barrios definidos por la entidad territorial	NO	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 1= cabecera Municipal
Dirección de Residencia	DIR_RES	150	Texto	Dirección de residencia del paciente	SI	
Ocupación del paciente	OCUPACION	4	Texto	Código de la ocupación del usuario en el Sistema, según la codificación vigente. (Clasificación internacional uniforme de ocupaciones - CIUO 88).	SI	
Tipo de Régimen en Salud	TIP_SS	1	Texto	C = Contributivo S = Subsidiado P = Excepción E = Especial N = No Asegurado I = Indeterminado/Pendiente	SI	
Código Administradora	COD_ASE	6	Texto	Código de la entidad responsable de la atención del paciente. Código asignado por el MPS a la Administradora.	NO	Si se selecciona la opción 5= no afiliado en la variable tipo de régimen en salud, se desactiva la variable código de administradora. Para las demás opciones es obligatorio su diligenciamiento.

 <p style="text-align: center;">PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</p>	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
	INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
		Página 32 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Pertenencia Étnica.	PER_ETN	1	Texto	Es el código asignado por el DANE a la pertenencia étnica, se omiten las etnias consideradas en la clasificación DANE que no tienen evidencia epidemiológica de comportamiento especial para los eventos de interés en salud pública. Se usa la codificación estándar para las de interés: 1 = Indígena 2 = ROM, Gitano 3 = Raizal 4 = Palenquero 5 = Negro, Mulato, Afro Colombiano 6 = Otro	SI	
Grupo Poblacional - Discapacitados	GP_DISCAPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Desplazados	GP_DESPLAZ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Migrantes	GP_MIGRANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Carcelarios	GP_CARCELA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Gestantes	GP_GESTAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Indigentes	GP_INDIGEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Población infantil a cargo del ICBF	GP_POBICFB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 33 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Grupo Poblacional - Madres Comunitarias	GP_MAD_COM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Desmovilizados	GP_DESMOVI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Población en centros psiquiátricos	GP_PSIQUIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Víctima de violencia armada	GP_VIC_VIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Otros	GP_OTROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Código del Departamento de Residencia del paciente.	COD_DPTO_R	2	Texto	Código del Departamento Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Nariño = 52	SI	
Fecha Consulta	FEC_CON	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	<= a la fecha de notificación
Fecha Inicio de Síntomas	INI_SIN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	<= a la fecha de consulta Depende del evento notificado, debe tenerse en cuenta el documento codificación de eventos. Si a partir de esta fecha se construye la semana epidemiológica del evento debe ser obligatorio su diligenciamiento

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 34 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación inicial del caso	TIP_CAS	2	Texto	1 = Sospechoso 2 = Probable 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmado por Nexo Epidemiológico.	SI	
Hospitalizado	PAC_HOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Obligatoria excepto para el evento Cod. 110 (Bajo peso al nacer)
Fecha Hospitalización	FEC_HOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de hospitalizado en la opción 1=si >= fecha de consulta
Condición final	CON_FIN	1	Texto	0 = No sabe, no responde 1 = Vivo 2 = Muerto	SI	La opción muerto debe estar cargada automáticamente para los eventos de mortalidad definidos en el documento codificación de eventos
Fecha Defunción	FEC_DEF	10	Texto	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Si se selecciona la opción 2= muerto en condición final debe ser obligatorio el diligenciamiento de esta variable >= fecha de consulta
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 35 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Telefono Paciente	TELEFONO	20	Texto		SI	Cuando el usuario no diligencie esta variable, el sistema debe asignar " SIN INFORMACIÓN"
Fecha De Nacimiento	FECHA_NTO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	En caso de no diligenciar datos esta variable debe generarse el siguiente mensaje: " ¿continuar sin ingresar la fecha de nacimiento?"
Numero del certificado defunción	CER_DEF	10	Texto	Numero del certificado de defunción (Opcional)	NO	Si se selecciona la opción 2= muerto en condición final debe activarse esta variable
Causa básica de defunción	CBMTE	4	Texto	Código de la CIE X (Obligatorio dependiente de 3.7)	NO	Si se selecciona la opción 2= muerto en condición final debe ser obligatorio el diligenciamiento de esta variable
Fecha de creación de archivo plano	FEC_ARC_PL	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
Nombre del profesional que diligencia la ficha	NOM_DIL_FI	100	Texto	Texto	SI	
Teléfono del profesional que diligencia la ficha	TEL_DIL_FI	12	Texto	Texto	SI	Alfanumérico - Mínimo 7 dígitos y máximo 12 en caso de tener extensión

 <p style="text-align: center;">PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</p>	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
	INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
		Página 36 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	SI	
Fuerza	FM_FUERZA	1	Texto	1 = GAB 2 = CGF 3 = EJC 4 = ARC 5 = FAC 6 = HMC 7 = POL 8 = SIN	NO	
Unidad	FM_UNIDAD	10	Texto	Código de la Unidad Militar según tabla de Unidades Militares	NO	
Grado	FM_GRADO	7	Texto	Código de la Grado Militar según tabla de Grados Militares	NO	
Notificación inmediata	INMEDIATA	2	Texto	SI – Indica que el registro corresponden a una notificación inmediata NO – Indica que el registro corresponde a una notificación rutinari	NO	
Version	VERSION	30	Texto	Para uso interno. Versión del SIVIGILA con la que fue grabado o actualizado el registro	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 37 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA 2014 o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Ingreso por notificación inmediata	INGR_X_NI	1	Texto	Para uso interno. Indica si el registro fue grabado en el escenario de notificación inmediata	NO	
Unidad que hace el ajuste del caso	UNI_MODIF	12	Texto	Código de la unidad que hace el ajuste del caso según se encuentra definido en la configuración de la UPGD que reporta datos a otro nivel	NO	
Fecha de de resultado de reactividad de la muestra	FEC_REACTI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	Obligatoria únicamente para unidades notificadoras Bancos de Sangre
Código de la unidad de sangre	COD_UNI_SA	30	Texto	Código de la unidad de sangre	SI	Obligatoria únicamente para unidades notificadoras Bancos de Sangre
Tipo de donante	TIPO_DONAN	1	Texto	1 = Autologo 2 = Voluntario primera vez 3 = Voluntario no repetitivo 4 = Voluntario habitual 5 = Dador por reposición 6 = Donante dirigido	SI	Obligatoria únicamente para unidades notificadoras Bancos de Sangre

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 38 de 472

ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de prueba realizada en el banco de sangre	TIPO_PRUEB	1	Texto	1 = ELISA Tercera Generación 2 = ELISA Cuarta Generación 3 = MEIA 4 = Quimioluminiscencia (CLIA) 5 = Gota gruesa	SI	Obligatoria únicamente para unidades notificadoras Bancos de Sangre
Estado de ingreso	EST_INGR	1	Numérico	0 = Rutinario 2 = Original cargado desde un sistema externo 3 = Cargado desde un sistema externo completado	NO	Para uso interno. Valor por defecto: 0



3. ESTRUCTURA DE DATOS COMPLEMENTARIOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Estructura del Archivo Plano Contenedor de Datos Complementarios de los Eventos de Notificación Individual (Archivo D).

El Archivo Plano D, contiene los datos complementarios para los eventos de interés en salud pública de vigilancia nacional que lo requieren; es un empaquetado para la transferencia de registros que dependiendo del evento al que corresponda tiene una estructura propia definida en el Documento: Estructura de los Registros para Notificación de Datos complementarios.

Cumple sin embargo las siguientes reglas generales:

Todos los registros cualquiera sea el evento deben iniciar con los campos siguientes a fin de garantizar su relación con el archivo de Notificación Individual de Casos (N)



Relación datos básicos con datos complementarios

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD	TIPO	VALORES PERMITIDOS
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.



4. REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE SALA DE CIRUGÍA Y SALA DE PARTO PARA LOS INDICADORES MENSUALES DE CADA UPGD

NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Fecha actual	fecha_act		10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Rango.1-53.	SI	Se ingresa este valor automáticamente cuando el registro es guardado en el sistema
Mes de reporte	mes_rep		2	Texto	Campo tipo Scroll que permite el ingreso de cualquiera de los 12 meses del año	SI	
Año de reporte	ano_rep		4	Texto	Campo tipo Scroll que permite el ingreso del año a reportar	SI	
Razón social	raz_soc		100	Texto	Nombre del prestador de servicios según Código	SI	Asignada automáticamente por el sistema al ingresar el usuario al sistema según su UPGD
Código del prestador de servicios de salud	cod_pre		10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro especial de prestadores de servicios de salud"	SI	
Código del prestador de servicios de salud - Sub índice	cod_sub		2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio	SI	
Dirección IP	ip_usu		20	Texto	Número de dirección IP asignado por operadores de internet que corresponde al PC o maquina desde la cual ingresa los datos el usuario	SI	Se ingresa este valor automáticamente al sistema



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Número de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes (riesgo 0)	num_ces0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Total de procedimientos quirúrgico de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	den_ces0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_ces0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Número de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes (riesgo 1)	num_ces1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Total de procedimientos quirúrgico de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	den_ces1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_ces1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Número de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes (riesgo 2)	num_ces2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Total de procedimientos quirúrgico de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	den_ces2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_ces2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Número de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes (riesgo 3)	num_ces3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Total de procedimientos quirúrgico de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	den_ces3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_ces3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_ing0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_ing0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_ing0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_ing1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_ing1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_ing1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_ing2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_ing2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_ing2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_ing3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_ing3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_ing3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_f_0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_f_0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_f_0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_f_1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_f_1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_f_1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_f_2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_f_2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_f_2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_f_3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_f_3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_f_3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_umb0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_umb0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_umb0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_umb1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_umb1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_umb1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_umb2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_umb2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_umb2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_umb3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_umb3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_umb3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_spi0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia de spiegel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_spi0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_spi0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_spi1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_spi1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_spi1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_spi2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_spi2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_spi2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_spi3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_spi3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_spi3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_epig0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_epig0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_epig0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_epig1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_epig1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_epig1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_epig2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_epig2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_epig2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_epig3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_epig3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_epig3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia incisional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_inci0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia incisional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_inci0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_inci0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_inci1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_inci1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_inci1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_inci2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_inci2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_inci2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_inci3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_inci3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_inci3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_mall0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_mall0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_mall0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_mall1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_mall1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_mall1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_mall2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_mall2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_mall2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_mall3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_mall3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_mall3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	rev_mio0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_rev_mio0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_rev_mio0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	rev_mio1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_rev_mio1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_rev_mio1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	rev_mio2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_rev_mio2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_rev_mio2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	rev_mio3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_rev_mio3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_rev_mio3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	colecio0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_colecio0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_coleci0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	colec1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_colec1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_coleci1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador : Número de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	colec2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_colec2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_coleci2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	colec3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_colec3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_coleci3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	apend0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_apend0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_apend0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	apend1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_apend1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_apend1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	apend2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_apend2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_apend2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	apend3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_apend3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_apend3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de endometritis post cesárea en el mes.	n_endo		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de cesárea en el mes.	d_endo		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de endometritis post cesárea en el mes.	ind_endo		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de endometritis post parto en el mes.	n_endo_p		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de partos en el mes.	d_endo_p		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de endometritis post parto en el mes.	ind_endo_p		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Nombres y apellidos de la persona que diligencia el formulario	nom_apell		100	Texto	Digitados por el usuario (texto)	SI	Si este valor no es digitado el formulario no deja guardar la información
Cargo de la persona que diligencia el formulario	cargo		50	Texto	Digitados por el usuario (texto)	SI	Si este valor no es digitado el formulario no deja guardar la información
Teléfono de la persona que diligencia el formulario	telf		15	Texto	Digitados por el usuario (texto)	SI	Si este valor no es digitado el formulario no deja guardar la información
Correo electrónico de la persona que diligencia el formulario	correo		50	Texto	Digitados por el usuario (texto)	SI	Se valida que contenga direcciones de correo validas a ingresar

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del Accidente	FEC_ACC	10	fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Dirección del lugar donde ocurrió el accidente	DIR_ACCIDE	40	Texto	Texto	NO	
Actividad que realizaba en el momento del accidente	ACT_REA	1	Texto	1 = Recreación 2 = Actividad agrícola 3 = Oficios Domésticos 5= Recolección de Desechos 6 = Actividad Acuática 8 = Caminar por senderos abiertos o trocha 7= Otro	SI	
Cuál otro?	ACT_REA_OT	30	Texto	texto	NO	Opcional dependiente de "Actividad que realizaba en el momento del accidente"
Tipo de atención inicial	TIP_ATEN_I	1	Texto	1 = Incisión 2 = Punción 3 = Sangría 4 = Torniquete 5 = Inmovilización del enfermo 6 = Inmovilización del miembro 9 = Succión mecánica 7= Otro	SI	
Cuál otro?	CUAL_TI_AI	30	Texto	texto	NO	Opcional dependiente de "Tipo de atención inicial" en opción 7=Otro
La persona fue sometida a prácticas no medicas	PRAC_NOMED	1	Texto	1 = Pócimas 2 = Rezos 3 = Emplastos de hierbas 4 = Ninguno 5 = Otro 6 = Succión bucal	SI	

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuál otro?	CUAL_PR_NM	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "La persona fue sometida a prácticas no medicas" en opción 5=Otro
Localización de la mordedura	LOC_MOR	2	Texto	1 = Cabeza (cara) 2 = Miembros superiores 3 = Miembros inferiores 4 = Torax anterior 5 = Abdomen 6 = Espalda 7 = Cuello 9 = Genitales 10= Glúteos 11 = Dedos de pie y de mano 12 = Dedos de mano	SI	
Hay evidencia de huellas de colmillos	HUE_COL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
La persona vio la serpiente que la mordió	SER_IDE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Se capturo la serpiente	SER_CAP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Agente agresor, identificación genero	AGE_AGRG	1	Texto	1 = Bothrops 2 = Crotalus 3 = Micrurus 4 = Lachesis 7 = Pelamis (serpiente de mar) 8 = Colubrido 9 = Sin identificar 6 = Otro	SI	
Cuál otro?	AGE_AGG_OT	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Agente agresor, identificación genero" en opción 6=Otro

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agente agresor, nombre común	AGE_AGRN	2	Texto	1 = Mapana 2 = Equis 3 = Cuatro narices 4 = Cabeza de candado 5 = Rabo de chucha 6 = Verrugosa o riega 7 = Vibora de pestaña 8 = Rabo de ají 9 = Venticuatro 10 = Jergón 11 = Jararacá 12 = Cascabel 13 = Coral 14 = Boca dorada 16 = Patoco/patoquilla 17 = Desconocido 15=Otro	SI	
Cuál otro?	AGE_AGN_OT	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Agente agresor, nombre común"
Manifestaciones locales Edema	EDEMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Dolor	DOLOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Eritema	ERITEMA	8	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Flictenas	FLICTENAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Parestesias/hipoestesias	PARESTESIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Equimosis	EQUIMOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Hematomas	HEMATOMAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Otro	OTRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Cuál otro?	QUE_OTRO	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Manifestaciones locales Otro"
Manifestaciones sistémicas Náusea	NAUSEAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 71 de 472

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Manifestaciones sistémicas Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Sialorrea	SIALORREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Bradicardia	BRADICARDI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Hipotensión	HIPOTENSIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Dolor abdominal	DOL_ABD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Fascies Neurotóxica	FAS_NEU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Alteraciones de la visión	ALT_VIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Alteración sensorial	ALT_SEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Debilidad muscular	DEB_MUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Oliguria	OLIGURIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Cianosis	CIANOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Epistaxis	EPISTAXIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Gingivorragia	GINGIVORRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Hematemesis	HEMATEMESI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Hematuria	HEMATURIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Manifestaciones sistémicas Hematoquexia	HEMATOQUEX	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Vértigo	VERTIGO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Ptosis palpebral	PTO_PALPEB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Dificultad para hablar	DIF_HABLAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Otro	OTRO_MS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Cuál otro?	CUA_OTR_MS	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Manifestaciones sistémicas Otro"
Complicaciones locales Celulitis	CELULITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Absceso	ABSCESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Necrosis	NECROSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Mionecrosis	MIONECROSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Fasceitis	FASCEITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Alteraciones de la circulación/ perfusión	ALTER_CIR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Otro	OTRO_CL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Cuál otro?	CUA_OTR_CL	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Complicaciones locales Otro"

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complicaciones sistémicas Anemia Aguda Severa	ANE_AGU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Shock Hipovolémico	SHO_HIP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Shock Séptico	SHO_SEP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas IRA	IRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas CID	CID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Hemorragia intracraneana	HSA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Edema Cerebral	EDEMA_CEL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Falla ventilatoria	FALLA_VENT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Coma	COMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Otro	OTRA_COM_S	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Cuál otro?	CUAL_OTR_C	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Complicaciones sistémicas Otro"
Gravedad del accidente	SEV_ACC	1	Texto	1 = Leve 2 = Moderado 3 = Grave 4 = No envenenamiento	SI	
Empleo suero	EMP_SUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tiempo transcurrido	TIP_TRA	5	Hora	Formato DD:HH; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	Utilizar formato hora militar Depende de "empleó suero" en la opción 1= si

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de suero antiofídico	TIP_SA	1	Texto	1 = Antiofídico polivalente 2 = Antiofídico monovalente 3 = Anticoral	NO	Depende de empleó suero en la opción 1= si
Reacciones a la aplicación del suero	REACC_APL	1	Texto	1 = Ninguna 2 = Localizada 3 = Generalizada	NO	Depende de empleó suero en la opción 1= si
Dosis de suero	DOS_SUE	2	Numérico	Registrar el numero de ampollas suministradas al paciente	NO	Depende de empleó suero en la opción 1= si
Tiempo de administración de suero	TIE_ADM	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	Utilizar formato hora militar Depende de empleó suero en la opción 1= si
Remitido a otra institución	REMITIDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tratamiento quirúrgico	TTO_QX	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tipo de tratamiento quirúrgico	TIP_TTO	1	Texto	1 = Drenaje de absceso 2 = Limpieza quirúrgica 3 = Desbridamiento 4 = Fasciotomía 5 = Injerto de piel 6 = Amputación	NO	Depende de "tratamiento quirúrgico" en opción 1=si
Complicaciones locales Síndrome compartimental	SIND_COMPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 75 de 472

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 76 de 472

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Primer nombre del recién Nacido	NOM_REC_NA	20	Texto	Texto	NO	

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Segundo Nombre del recién Nacido	SEG_NOM_RN	20	Texto	Texto	NO	
Primer apellido del recién Nacido	APE_REC_NA	20	Texto	Texto	NO	
Segundo apellido del recién Nacido	SEG_APE_RN	20	Texto	Texto	NO	
Tipo de documento del recién nacido	TIP_DOC_RN	2	Texto	RC = Registro Civil MS = Menor sin identificación	SI	
Número de identificación del RN	NO_IDE_RN	16	Texto	Texto	SI	
Fecha de nacimiento del RN	FECHA_NAC	10	fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	no puede ser inferior a 60 días de la fecha de notificación
Edad del recién Nacido en días	EDAD_RN	2	Numérico	>=0	SI	
Sexo del recién nacido	SEXO	1	Texto	M = Masculino F = Femenino	SI	
Peso al nacer en gramos	PESO_NACER	4	Numérico	>=900 AND <=2499	SI	
Talla al nacer en centímetros (2 enteros 1 decimal)	TALLA_NACE	4	Numérico	>=30.0 AND <=55.0	SI	
Semanas de gestación	SEM_GEST	2	Numérico	>=37 AND <=45	SI	
Clasificación del peso al nacer	CLA_PES_NA	1	texto	1 = Bajo peso al Nacer 2 = Muy Bajo peso al Nacer	SI	Si el peso al nacer está entre 2499 gr y 1500 gr , esta variable debe ser =1 Si el peso al nacer está entre 1499 gr y 900 gr , esta variable debe ser =2
Sitio de atención del parto	SIT_ATE_PA	1	Texto	1 = Institución de salud 2 = Domicilio 3 = Otro 4 = Vía Pública	SI	

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Multiplicidad del embarazo	MULT_EMBAR	1	Texto	1= Parto único 2= Parto gemelar 3= Parto de trillizos o más	SI	
Edad gestacional del primer control prenatal	EDAD_GES	2	Numérico	>=0 AND <=45	NO	Depende de Hubo controles prenatales? en opción 1=Sí
Número de controles prenatales	NO_CON_PRE	2	Numérico	>=0 AND <=30	NO	Depende de Hubo controles prenatales? en opción 1=Sí
Consumió micronutrientes durante el embarazo. Calcio	CALCIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	
Consumió micronutrientes durante el embarazo. Hierro	SULFATO_FE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	
Consumió micronutrientes durante el embarazo. Ac. Fólico	ACI_FOLICO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	
Se le diagnosticó síndrome anémico durante el embarazo?	ANEMIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	
Registre el último valor de Hemoglobina que tuvo la madre	ULT_HEMO_M	4	Texto	>= 2.0 AND <=20.0	NO	
Trimestre de la gestación al que corresponde el valor de la hemoglobina	TRIM_G_COR	1	Texto	1 = Primero 2 = Segundo 3 = Tercero	NO	
Periodo inter genésico menor a dos años	PER_INT_M2	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Número de embarazos previos	NUM_EM_PRE	2	Numérico	>= 0 AND <=20	SI	
Número de hijos vivos contando el actual	NUM_HI_VIV	2	Numérico	>= 1 AND <=20	SI	

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ha tenido algún hijo con bajo peso al nacer?	H_ANTE_BPN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Aplica solo para la investigación de campo con visita efectiva: si la variable número de hijos vivos contando el actual es 1, desactivar; si igual o mayor a 2 debe ser obligatoria
¿Durante el embarazo presento HTA?	HTA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
¿Durante el embarazo presento amenaza de parto pre término?	PART_PRET	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Consumió bebidas alcohólicas, tabaco u otras sustancias durante el embarazo	BEB_ALCOH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
En el último trimestre de la gestación, realizó actividades diarias que le implicaron esfuerzo físico	ACTIV_DIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
¿Durante el embarazo presentó IVU?	IVU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Se le diagnosticó sobrepeso u obesidad durante el embarazo	DIAG_SOBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Se le diagnosticó desnutrición durante el embarazo	DIAG_DESNU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Cuál fue su peso pregestacional?	PES_PREGES	5	Númerico	>= 30 AND <= 130	NO	
Talla de la madre en metros	TALL_MAD	4	Númerico	>= 1.30 AND <= 1.90	NO	
Cuántos kilogramos de peso ganó durante el embarazo?	PESO_GANAD	2	Númerico	>= 0 AND <= 30	NO	

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nivel educativo de la madre	NIV_EDU_MA	1	Texto	1= primaria 2= secundaria o bachillerato 3= técnico o superior 4= ninguno	NO	
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	Texto	1 = Estr.1 2 = Estr.2 3 = Estr.3 4 = Estr.4 5 = Estr.5 6 = Estr.6	NO	
Se realizó investigación de campo?	INV_CAMPO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de I.E.C	FEC_IEC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Mayor o igual que "fecha de nacimiento del RN"
Entidad que realiza la investigación	ENT_RE_IEC	50	Texto	1 = Unidad Primaria Generadora de datos 2 = Asegurador 3 = Entidad territorial	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí
Nombre de quien realiza la IEC	pro_re_iec	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí
Perfil de quien realiza la IEC	prof_r_iec	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí
.Nombre de quien suministra la información	NOM_SUM_IN	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Parentesco con el recién nacido	PARENT_RN	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Si Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Si
Menor asegurado	MENOR_ASEG	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Si Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Si
Agua potable	AGUA_POT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Si Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Si
Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias	EVA_CON_HI	1	Texto	1 = Buenas 2 = Regulares 3 = Malas	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Si Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Si
Institución de salud a donde asistió a los controles prenatales	INS_SALUD	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Si Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Si

Bajo peso al nacer (Cod. 110)


NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Peso actual (a la IEC) en gramos	PESO_ACT	4	N Numérico	>=900 AND <=6000	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Si Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Si
Longitud actual (a la IEC) en centímetros, 2 enteros 1 decimal	LONG_ACT	2	N Numérico	>= 30 AND <=80	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Si Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Si
estado actual del peso	EST_ACT_PE	1	T Texto	1 = Subió 2 = Permanece igual 3 = Bajó	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Si Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Si
Recibe lactancia materna exclusiva	LACT_MAT	1	T Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Si Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Si
¿Ha recibido algún alimento diferente a la leche materna?	ALI_DIF_24	1	T Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Si Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Si

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Recibe leche de fórmula	LECHE_FOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna?	DIF_LAC_MA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo?	CAPACITAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Educación alimentaria y nutricional	EDUC_ALIM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Remisión a servicios de salud	REM_SERV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Canalización a programa de apoyo alimentario u otros servicios	CANAL_APOY	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Visita efectiva?	VISITA_EFE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 85 de 472

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado de ingreso	EST_INGR	1	N Numérico	0 = Rutinario 2 = Original cargado desde un sistema externo 3 = Cargado desde un sistema externo completado	NO	Para uso interno. Valor por defecto: 0
Hubo controles prenatales?	HUBO_CONTR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Signos y Síntomas Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y Síntomas Número de deposiciones	NUM_DEPOSI	2	Texto	>0	NO	
Signos y Síntomas Duración en días	DURAC_DIAR	2	Texto	>0	NO	
Signos y Síntomas Nauseas	NAUSEAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Deshidratación	DESHIDRATA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Grado de Deshidratación	GRADO_DESH	1	Texto	1 = Leve 2 = Moderada 3 = Grave	NO	
Signos y Síntomas Otros	OTROS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hora de inicio de síntomas Hora Minuto	HORA_INI	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	Formato militar
Hidratación - Suero oral	HID_SUEORA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hidratación - Lactato de ringer	HID_LACTAT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hidratación - Solución salina	HID_SOLSAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hidratación - Otra	HID_OTRA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antibiótico - Doxiciclina	ANTIB_DIOX	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antibiótico - Eritromicina	ANTIB_ERIT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antibiótico - Azitromicina	ANTIB_AZIT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antibiótico - Ciprofloxacina	ANTIB_CIPR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Antibiótico - Otro	ANTIB_OTRO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Almejas	ALMEJAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Camarón	CAMARON	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Cangrejo	CANGREJO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Pescado	PESCADO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Langosta	LANGOSTA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Otros mariscos	OTROS_MARI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Mejillones	MEJILLONES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Frutas	FRUTAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Ostras	OSTRAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Vegetales	VEGETALES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua	AGUA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua - De río	AGUA_RIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua
Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua - Pozo o aljibe	AGUA_POZO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua
Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua - Garrafón	AGUA_GARRA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua
Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua - Manantial	AGUA_MANAN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua
Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua - Acueducto	AGUA_ACUED	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de Alimentos consumidos últimos 5 días - Agua
Alimentos consumidos últimos 5 días - Otro	ALIM_CON_O	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Nombre del lugar de consumo implicado	NOM_LUG	30	Texto	Texto	NO	
Dirección	DIR_LUG	30	Texto	Alfa numérica	NO	
Desplazamiento	DESP	2	Texto	1= Si 2= No	SI	
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código	CODMUN1	5	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Nombre	NOMMUN1	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 1 - Código	CODDEP1	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 1 - Nombre	NOMDEP1	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 90 de 472

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desplazamiento últimos cinco días - País1 - Código	CODPAIS1	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código
Fecha de desplazamiento 1	FEC_DESP1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Fecha de llegada 1	FEC_LLEG1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código	CODMUN2	5	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Nombre	NOMMUN2	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 2 - Código	CODDEP2	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 2 - Nombre	NOMDEP2	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País2 - Código	CODPAIS2	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código
Fecha de desplazamiento 2	FEC_DESP2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Fecha de llegada 2	FEC_LLEG2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 91 de 472

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código	CODMUN3	5	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Nombre	NOMMUN3	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 3 - Código	CODDEP3	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 3 - Nombre	NOMDEP3	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País 3 - Código	CODPAIS3	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Fecha de desplazamiento 3	FEC_DESP3	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Fecha de llegada 3	FEC_LLEG3	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código	CODMUN4	5	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Nombre	NOMMUN4	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 4 - Código	CODDEP4	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 4 - Nombre	NOMDEP4	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 92 de 472

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desplazamiento últimos cinco días - País 4 - Código	CODPAIS4	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código
Fecha de desplazamiento 4	FEC_DESP4	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Fecha de llegada 4	FEC_LLEG4	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Ha estado en contacto con personas que presentan los mismos signos y síntomas	CONT_SS	2	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Con quién ha estado en contacto	ID_CONTACT	60	Texto		NO	Dependiente de Ha estado en contacto con personas que presentan los mismos signos y síntomas
Contacto con caso positivo	CONT_POST	2	Texto	1= Sí 2= No	NO	Dependiente de Ha estado en contacto con personas que presentan los mismos signos y síntomas
Con quién ha estado en contacto que sea caso positivo	ID_CON_POS	60	Texto		NO	Dependiente de Contacto con caso positivo
Caso asociado a un brote	ASOC_BROTE	2	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Caso captado por	CAPTADO	2	Texto	1= UPGD 2= Búsqueda (Activa, comunitaria, etc) 3=Vigilancia intensificada	SI	
Donde	DONDE	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 8.2 en opción 1

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 93 de 472

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Se recolectó muestra de materia fecal para coprocultivo	MTRA_HECES	2	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Consistencia de la materia fecal para coprocultivo	MF_CONSIST	2	Texto	1 = Líquida 2 = Pastosa 3 = Normal 4 = Sangre 5 = Moco 6 = Agua de arroz 7 = Otro	NO	Dependiente de Se recolectó muestra de materia fecal para coprocultivo
Agente identificado	AGENTE	9	Texto	17 = Vibrio spp 10 = Vibrio cholerae 80 = Vibrio cholerae O1 toxigénico 81 = Vibrio cholerae O1 no toxigénico 82 = Vibrio cholerae no O1, no O139 toxigénico 83 = Vibrio cholerae no O1, no O1, no O139 no toxigénico 84 = Vibrio cholerae O139 77 = Otro 78 = Pendiente 79 = No detectado	NO	Se recolectó muestra de materia fecal para coprocultivo
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 94 de 472

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 95 de 472

Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Código del Evento según CIE X o INS	SI	
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente, Rango 1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código del departamento, municipio notificador	COD_MUN_	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y municipio de notificación de los casos.	SI	
Consecutivo	NUM_CON	5	Numérico	Numérico	NO	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en la misma semana por evento

Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Menores de 1 año	GRU_1	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 1 a 4 años	GRU_2	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 5 a 9 años	GRUPO_3	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 10 a 14 años	GRUPO_4	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 15 a 19 años	GRUPO_5	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 20 a 24 años	GRUPO_6	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 25 a 29 años	GRUPO_7	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 30 a 34 años	GRUPO_8	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados

Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
De 35 a 39 años	GRUPO_9	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 40 a 44 años	GRUPO_10	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 45 a 49 años	GRUPO_11	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 50 a 54 años	GRUPO_12	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 55 a 59 años	GRUPO_13	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 60 a 64 años	GRUPO_14	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 65 a 69 años	GRUPO_15	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
De 70 a 74 años	GRUPO_16	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados

Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
De 75 a 79 años	GRUPO_17	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
80 y más	GRUPO_18	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
Casos probables	CAS_PRO	5	Texto	>=0	NO	Dependiente de la clasificación permitida para el evento, teniendo en cuenta el documento codificación de eventos. La sumatoria de los casos de todos los grupos de edad debe ser igual a la sumatoria de casos de las clasificaciones que aplican para el even
Casos confirmados por laboratorio	CAS_CONL	5	Texto	>=0	NO	Dependiente de la clasificación permitida para el evento, teniendo en cuenta el documento codificación de eventos. La sumatoria de los casos de todos los grupos de edad debe ser igual a la sumatoria de casos de las clasificaciones que aplican para el even

Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Casos confirmados por clínica	CAS_CONC	5	Texto	>=0	NO	Dependiente de la clasificación permitida para el evento, teniendo en cuenta el documento codificación de eventos. La sumatoria de los casos de todos los grupos de edad debe ser igual a la sumatoria de casos de las clasificaciones que aplican para el even
Casos confirmador por nexo epidemiológico	CAS_CONN	5	Texto	>=0	NO	Dependiente de la clasificación permitida para el evento, teniendo en cuenta el documento codificación de eventos. La sumatoria de los casos de todos los grupos de edad debe ser igual a la sumatoria de casos de las clasificaciones que aplican para el even
Masculino	HOMBRES	5	Texto	>=0	SI	La sumatoria de los casos por sexo debe ser igual a la sumatoria de casos por grupo de edad.
Femenino	MUJERES	5	Texto	>=0	SI	La sumatoria de los casos por sexo debe ser igual a la sumatoria de casos por grupo de edad.
Vivos	VIVOS	5	Texto	>=0	SI	La sumatoria de los casos por condición final debe ser igual a la sumatoria de casos por grupo de edad.



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA

MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 100 de 472

Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Muertos	MUERTOS	5	Texto	>=0	SI	La sumatoria de los casos por condición final debe ser igual a la sumatoria de casos por grupo de edad.
Hospitalizado	PTE_HOS	5	Texto	>=0	SI	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de > 0 casos presentados
Ambulatorio	PTE_AMB	5	Texto	>=0	SI	
Departamento de procedencia	COD_DPTO_P	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento de procedencia de los casos.	SI	
Municipio de procedencia	COD_MUN_PR	3	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Municipio de procedencia de los casos.	SI	
Barrio o sector de ocurrencia del caso	BAR_SECTOR	30	Texto	Texto Asociado a tabla de barrios definidos por la entidad territorial	NO	
Ajuste	AJUSTE	1	Texto	0 = No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 101 de 472

Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste o fecha del registro.	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. Obligatorio	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 102 de 472

Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación (paciente)	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación (paciente)	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	40	Texto	Nombre y apellido de la madre	SI	

Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación (madre)	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación (madre)	NUM_IDE_MA	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Edad de la madre	EDAD_MADRE	3	Numérico	>=9	SI	
Número de embarazos totales	NO_EMBARAZ	2	Numérico	>=1 AND <=30	SI	
Numero de nacidos vivos	NO_NAC_VIV	2	Numérico	>= 0 AND <= 20	SI	
Numero de abortos (< 22 sem)	NO_ABORTOS	2	Numérico	>= 0	SI	
Mortinatos (≥ 22 sem)	NO_MORTINA	2	Numérico	>= 0	SI	
Diagnóstico	DIAGNOSTIC	1	Texto	1 = Prenatal 2 = Postnatal	SI	
Edad gestacional al diagnóstico	EDADGE_DIA	2	Texto	>= 1 AND <= 45	SI	
I.V.E.	IVE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Edad gestacional al momento de la I.V.E.	EDADGE_IVE	2	Texto	>= 10 AND <= 45	NO	Depende de I.V.E. en el valor 1=Si
Ácido fólico	ACIDO_FOLI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ácido fólico preconcepcional	AF_PRECONC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de Ácido fólico en el valor 1=Si
Ácido fólico Prenatal - Trimestre	AF_PREN_TR	1	Texto	0 = No hubo consumo 1 = 1 2 = 2 3 = 3	NO	Depende de Ácido fólico en el valor 1=Si
Consumo de alcohol	ALCOHOL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 104 de 472

Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Consumo de alcohol preconcepcional	AL_PRECONC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de Consumo de alcohol en el valor 1=Sí
Consumo de alcohol Prenatal - Trimestre	CA_PREN_TR	1	Texto	0 = No hubo consumo 1 = 1 2 = 2 3 = 3	NO	Depende de Consumo de alcohol en el valor 1=Sí
Consumo de tabaco	TABACO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Consumo de tabaco preconcepcional	CT_PRECONC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de Consumo de tabaco en el valor 1=Sí
Consumo de tabaco Prenatal - Trimestre	CD_PREN_TR	1	Texto	0 = No hubo consumo 1 = 1 2 = 2 3 = 3	NO	Depende de Consumo de tabaco en el valor 1=Sí
Psicoactivos	PSICOACTIV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Psicoactivos preconcepcional	PS_PRECONC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de Psicoactivos en el valor 1=Sí
Psicoactivos Prenatal - Trimestre	PS_PREN_TR	1	Texto	0 = No hubo consumo 1 = 1 2 = 2 3 = 3	NO	Depende de Psicoactivos en el valor 1=Sí
Patología crónica	PATOL_CRON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Patología crónica preconcepcional	PC_PRECONC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de Patología crónica en el valor 1=Sí
Patología crónica Prenatal - Trimestre	PC_PREN_TR	1	Texto	0 = No hubo consumo 1 = 1 2 = 2 3 = 3	NO	Depende de Patología crónica en el valor 1=Sí
Exposición frente a agentes teratogenicos	EX_AG_TERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Físicos	OE_FISICOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de Exposición frente a agentes teratogenicos en el valor 1=Sí

Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Físicos preconcepcional	OE_FIS_PRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de "Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Físicos" en el valor 1=Si
Trimestre de exposición	TRIM_EX_FI	1	Texto	0 = No hubo exposición 1 = 1er trimestre 2 = 2do trimestre 3 = 3er trimestre	NO	Depende de "Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Físicos" en el valor 1=Si
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Químicos	OE_QUIMICO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de Exposició frente a agentes teratogenicos en el valor 1=Si
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Químicos preconcepcional	OE QUI_PRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de "Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Químicos" en el valor 1=Si
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Químicos Prenatal - Trimestre	TRIM_EX_QU	1	Texto	0 = No hubo exposición 1 = 1er trimestre 2 = 2do trimestre 3 = 3er trimestre	NO	Depende de "Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Químicos" en el valor 1=Si
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Biológica	OE_BILOGIC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de Exposició frente a agentes teratogenicos en el valor 1=Si
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Biológica	OE_BIO_PRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de "Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Biológica" en el valor 1=Si
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Biológica Prenatal - Trimestre	TRIM_EX_BI	1	Texto	0 = No hubo exposición 1 = 1er trimestre 2 = 2do trimestre 3 = 3er trimestre	NO	Depende de "Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Biológica" en el valor 1=Si
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Medicamentos	OE_MEDIC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de Exposició frente a agentes teratogenicos en el valor 1=Si

Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Medicamentos preconcepcional	OE_ME_PREC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de "Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Medicamentos" en el valor 1=Sí
Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Medicamentos Prenatal - Trimestre	TRIM_EX_ME	1	Texto	0 = No hubo exposición 1 = 1er trimestre 2 = 2do trimestre 3 = 3er trimestre	NO	Depende de "Otras exposiciones frente a agentes teratogenicos Medicamentos" en el valor 1=Sí
Embarazo múltiple	EMB_MULTIP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Número del producto	NO_PRODUCT	2	Texto	>=1 AND <=6	NO	Dependiente de "Embarazo múltiple" en opción 1=Sí
Nativo	NATIVIVO	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No ha nacido	SI	Dependiente de "Condición final" en datos básicos
Edad gestacional	EDAD_GES	2	Texto	>= 10 AND <=45	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Peso al nacer en gramos	PESO_NAC	4	Texto	>=50 AND <=6000	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Defectos metabólicos	DEFMET_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Descripción de la anomalía (1)	DESCRIPC_1	150	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Defectos sensoriales - 1	DEFSE1_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Descripción de la anomalía (2)	DESCRIPC_2	150	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 107 de 472

Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Defectos sensoriales - 2	DEFSE2_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Descripción de la anomalía (3)	DESCRIPC_3	150	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Malformaciones congénitas - 1	MALFO1_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	
Descripción de la malformación congénita (1)	DESC_MAL_1	150	Texto	Texto	NO	
Malformaciones congénitas - 2	MALFO2_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	
Descripción de la malformación congénita (2)	DESC_MAL_2	150	Texto	Texto	NO	
Malformaciones congénitas - 3	MALFO3_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	
Descripción de la malformación congénita (3)	DESC_MAL_3	150	Texto	Texto	NO	
Malformaciones congénitas - 4	MALFO4_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	
Descripción de la malformación congénita (4)	DESC_MAL_4	150	Texto	Texto	NO	
Malformaciones congénitas - 5	MALFO5_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	
Descripción de la malformación congénita (5)	DESC_MAL_5	150	Texto	Texto	NO	
Toma de muestra storch	STORCH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Agente - ACS IgM Rubeola	ACSIGM_RUB	1	Texto	1 = Positiva 2 = Negativa 3 = Indeterminado	NO	

Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agente - ACS IgM Toxoplasmosis	ACSIGM_TOX	1	Texto	1 = Positiva 2 = Negativa 3 = Indeterminado	NO	
Agente - ACS IgM Citomegalovirus	ACSIGM_CIT	1	Texto	1 = Positiva 2 = Negativa 3 = Indeterminado	NO	
Agente - ACS IgM Virus Herpes	ACSIGM_HER	1	Texto	1 = Positiva 2 = Negativa 3 = Indeterminado	NO	
Resultado de serología para sífilis	SEROLO_SIF	1	Texto	1 = Positiva 2 = Negativa 3 = Indeterminado	SI	
Exámenes de tamizaje TSH cordón	TSH_CORDON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado TSH cordón	RES_CORDON	10	Texto	1 = Alto 2 = Bajo 3 = Normal	NO	Dependiente de "Exámenes de tamizaje TSH cordón", en opción 1
Exámenes de tamizaje TSH talón	TSH_TALON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado TSH talón	RES_TALON	10	Texto	1 = Alto 2 = Bajo 3 = Normal	NO	Dependiente de "Exámenes de tamizaje TSH talón", en opción 1
Exámenes de tamizaje TSH suero	TSH_SUERO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado TSH suero	RES_TSH_SU	1	Texto	1 = Alto 2 = Bajo 3 = Normal	NO	Dependiente de "Exámenes de tamizaje TSH suero", en opción 1
Exámenes de tamizaje T4 total suero	T4_TOTAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado T4 total suero	RES_T4_TOT	1	Texto	1 = Alto 2 = Bajo 3 = Normal	NO	Dependiente de "Exámenes de tamizaje T4 total suero", en opción 1
Exámenes de tamizaje T4 libre suero	T4_LIBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 109 de 472

Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado T4 libre suero	RES_T4_LIB	1	Texto	1 = Alto 2 = Bajo 3 = Normal	NO	Dependiente de "Exámenes de tamizaje T4 libre, en opción 1"
Recibió tratamiento	REC_TRATAM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de inicio de tratamiento	FEC_INI_TR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Recibió tratamiento", en opción 1
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Perímetro cefálico (2 enteros y 1 decimal)	PER_CEFALI	4	Númerico	>=10.0 AND <= 60.0	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 110 de 472

Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica.	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	Si Tipo de Identificación = RC, TI, CC, CE solo numérico Si Tipo de Identificación = PA alfanumérico

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 111 de 472

Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desplazamiento en los últimos 15 días	DESPLAZAMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Municipio/Departamento al que se desplazó	COD_MUN_D	5	Texto	Código del Municipio/ Departamento Según registro Divipola fuente DANE.	NO	Dependiente de "Desplazamiento en los últimos 15 días", si es igual a 1 es obligatorio
Algún familiar o conviviente ha tenido sintomatología de dengue en los últimos 15 días	FAMANTDNGU	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Nombre del establecimiento donde estudia o trabaja	DIRECLABOR	30	Texto	Texto	NO	
Hallazgos semiológicos Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Todo caso de dengue notificado debe diligenciar esta variable en la opción 1, y por lo menos dos o más de las variables de Hallazgos semiológicos distintas a Fiebre, deben estar en la opción 1
Hallazgos semiológicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Dolor Retroocular	DOLRRETROO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Mialgias	MALGIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Artralgias	ARTRALGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Erupción/Rash	ERUPCIONR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Dolor Abdominal	DOLOR_ABDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Somnolencia o irritabilidad	SOMNOLENCI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Hipotensión	HIPOTENSIO	5	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Hepatomegalia (>2cms por de debajo del reborde costal)	HEPATOMEG	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Hemorragias importantes en mucosas	HEM_MUCOSA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Hipotermia	HIPOTERMIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Aumento de hematocrito	AUM_HEMATO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Caída de plaquetas	CAIDA_PLAQ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Acumulación de líquidos	ACUM_LIQUI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Extravasación severa de plasma	EXTRAVASAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Hemorragia con compromiso hemodinámico	HEMORR_HEM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Choque	CHOQUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Daño grave de órganos	DAÑO_ORGAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Se tomaron muestras de tejidos	MUESTTEJID	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo en caso de mortalidad por dengue cod 580

Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tejidos Hígado	MUESHIGADO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Bazo	MUESBAZO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Pulmón	MUESPULMON	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Cerebro	MUESCEREBR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Miocardio	MUESMIOCAR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Medula ósea	MUESMEDULA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Riñón	MUESRIÑON	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Clasificación Final	CLASFINAL	1	Texto	0 = No aplica 1 = Dengue sin signos de alarma 2 = Dengue con signos de alarma 3 = Dengue grave	SI	La opción 0 = No aplica, solo es admisible para el evento 580
Conducta	CONDUCTA	1	Texto	0 = No aplica 1 = Ambulatorio 2 = Hospitalización Piso 3 = Unidad de cuidados intensivos 4 = Observación 5 = Remisión para hospitalización	SI	La opción 0 = No aplica, solo es admisible para el evento 580



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA

MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 114 de 472

Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 115 de 472

Difteria (Cod. 230)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 116 de 472

Difteria (Cod. 230)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Caso identificado por	CAS_IDE	1	Texto	1 = Consulta externa 2 = Urgencias 3 = Hospitalización 4 = Búsqueda comunitaria	SI	
Contacto de un caso confirmado	CON_CC	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Tiene carné de vacunación	CAR_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Dosis aplicadas de vacuna antidiftérica	DOS_APLI	1	Texto	0 = Ninguna 1 = Una 2 = Dos 3 = Tres 4 = Primer Refuerzo 5 = Segundo Refuerzo	SI	Condicionada a las variables edad y unidad de medida registradas en datos básicos así: "Segundo refuerzo: Solo a >= 5 años" "Primer refuerzo: Solo a >= 18 meses" "Tres dosis: Solo a >= 6 meses" "Dos dosis: Solo a >= 4 meses" "Una dosis: Solo a >= 2 meses
Tipo de vacuna	TIP_VAC	1	Texto	1 = DPT 2 = Pentavalente 3 = Otra 4 = TD	NO	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antidiftérica" en opción diferente de 0
Otra cual?	CUAL_TIP_V	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Tipo de vacuna" en opción 3
Fecha ultima dosis	FEC_UD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antidiftérica" en opción diferente de 0
Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Amigdalitis	AMIGDALITI	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Faringitis	FARINGITIS	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	

Difteria (Cod. 230)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Laringitis	LARINGITIS	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Presencia de membranas	PRE_MEM	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Complicaciones	COMPLICACI	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Tipo de complicación	TIP_COM	1	Texto	1 = Neurológica 2 = Renal 3 = Cardíaca 4 = Traqueotomía 5 = Otro	NO	Opcional dependiente de "Complicaciones" en la opción 1
Antitoxina Diftérica	ANT_DIF	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dosis Aplicada	DOS_APL	5	Texto	Número	NO	Opcional dependiente de "Antitoxina Diftérica" en opción 1. La variable debe aceptar valores superiores a cero
Fecha Aplicación	FEC_APL	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional dependiente de "Antitoxina Diftérica" en opción 1. La variable debe aceptar valores superiores a cero
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 118 de 472

Difteria (Cod. 230)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 119 de 472

Enfermedad de chagas (Cod. 205)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Enfermedad de chagas (Cod. 205)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semanas de embarazo	SEMANAS	2	Númerico	>= 1 AND <=42	NO	Depende de "grupo poblacional gestante" de datos básicos en opción 1=sí
Clasificación de caso	CLAS_CASO	1	Texto	1= Agudo 2= Crónico	SI	
Síntomas presentados por pte Agudo. Fiebre	FIEBRE_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Disnea	DISNEA_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Edema facial	EDE_FAC_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Edema miembros inferiores	ED_MI_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Derrame pericardico	DER_PERI	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Hepatoesplenomegalia	HEP_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Adenopatías	ADENO_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Romaña	ROMAÑA_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Chagoma	CHAGOMA_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte crónico o agudo. Falla cardiaca	F_CARD_CR	1	Texto	1= Si 2= No	SI	

Enfermedad de chagas (Cod. 205)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Síntomas presentados por pte crónico o agudo. Dolor torácico	TORAC_CR	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Síntomas presentados por pte crónico o agudo. Bradicardia	BRADI_CR	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Síntomas presentados por pte crónico o agudo. Disfagia	DISFAG_CR	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Síntomas presentados por pte crónico o agudo. Arritmia cardíaca	ARRITMIA	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Gota gruesa/ Frotis de sangre periférica	GOTA_GRUE	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	No es requerida cuando "clasificación de caso" es 2 (agudo)
Micro hematocrito / Examen fresco	MICRO_HEM	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	No es requerida cuando clasificación de caso" es 2 (agudo)
Strout	STROUT	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	No es requerida cuando clasificación de caso" es 2 (agudo)
Pruebas serológicas ELISA IGg Chagas	ELISA	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	
ELISA IGg Chagas. Resultado	ELISA_RES	5	Númerico	>=0.001	NO	Dependiente de "Pruebas serológicas ELISA IGg Chagas" en opción 1=Positivo
Pruebas serológicas IFI IgG Chagas	INMUNOFLUO	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	
IFI IgG Chagas Resultado	IFI_RES	5	Texto		NO	Dependiente de "Pruebas serológicas IFI IgG Chagas" en opción 1=Positivo >=1:8 AND <= 1:512

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 122 de 472

Enfermedad de chagas (Cod. 205)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Pruebas serológicas HAI Chagas	SEROLOGICA	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	
Tratamiento etiológico	TRATAMIENT	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Tratamiento sintomático	TRAT_SINT	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Posible vía de transmisión	PROB_VIA	1	Texto	1 = Vectorial 2 = Transfusional 3 = Congénita 4 = Vía Oral 5 = Trasplante 6 = Accidente de laboratorio 7 = Reactivación	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 123 de 472

Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica.	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Vacuna contra rotavirus	VAC_CON_RO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 124 de 472

Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de aplicación dosis 1	FEC_DOSIS1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 5.1 en opción 1 es obligatoria
Fecha de aplicación dosis 2	FEC_DOSIS2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional dependiente de 4.1 en opción 1
Tiene carné	TIENE_CARN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Peso al nacer	PESO_NAC	5	Texto	>= 500 AND <=6000	SI	
Recibió leche materna	REC_LECHE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Cuanto tiempo	CUAN_REC_L	2	Texto	Numérico en meses	NO	Opcional dependiente de 5.6, en opción 1
Alimentación actual	ALIM_ACTUA	1	Texto	1 = Materna exclusivamente 2 = Artificial 3 = Mixta 4 = Alimentación variada	SI	
Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
En caso de haber presentado vomito, numero de episodios en las primeras 24 horas de iniciado el cuadro	NO_EPISODI	3	Texto	Numérico	NO	Opción dependiente de 6.2, en opción 1
Fecha de inicio de diarrea	FEC_INI_DI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	El valor de la variable debe ser igual o superior a la fecha de inicio de síntomas
Numero de deposiciones en las primeras 24 horas de iniciado el cuadro	NO_DEPOS	3	Texto	Numérico	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 125 de 472

Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Terminación de la diarrea	FEC_TER_DI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	El valor de la variable debe ser igual o superior a la variable 6.4 fecha de inicio de diarrea.
Características de las heces	CARAC_HECE	1	Texto	1 = Líquida 2 = Semilíquidas 3 = Sanguinolentas 4 = Otra	SI	
Cual otra características de las heces	CUAL_CAR_H	50	Texto	Texto	NO	Dependiente de la opción 6.7 en opción 4
Estado al ingreso	ESTADO_ING	1	Texto	1 = Sin deshidratación 2 = Con deshidratación	SI	
Grado de deshidratación	GRAD_DESHI	1	Texto	1 = Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Desconocido	NO	Dependiente de la variable 6.8 en opción 2
Peso en gramos	PESO_INGR	5	Texto	>=1000 AND <=50000	SI	
Talla	TALLA_INGR	3	texto	>=45 AND <=150	SI	
Recibió antibiótico antes de ingresar al hospital	REC_ANTIBI	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
En caso de haber recibido antibiótico antes del ingreso ¿cuál?	CUAL_ANTIB	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 7.1 en opción 1
Tratamiento de hidratación al ingreso hospitalario	TRAT_HIDRA	1	Texto	1 = Hidratación vía oral 2 = Hidratación intravenosa	SI	
Presento alguna complicación durante la hospitalización	COMP_HOSP	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
En caso de haber presentado complicación ¿cuál?	CUAL_COMP	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 8.1, en opción 1

Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Recibió antibiótico durante la hospitalización	REC_ANT_HO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
En caso de haber recibido antibiótico durante la hospitalización, ¿cuál?	QUAL_ANT_H	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 8.3 en opción 1
Duración de hospitalización para el tratamiento de la diarrea	DIAS_HOSP	2	Texto	Numero en días	SI	
Hospitalización durante el tratamiento de la diarrea por servicio Urgencias	DIAS_H_URG	2	Texto	Numero en días	SI	
Hospitalización durante el tratamiento de la diarrea por servicio Pediatría	DIAS_H_PED	2	Texto	Numero en días	SI	
Hospitalización durante el tratamiento de la diarrea por servicio UCI	DIAS_H_UCI	2	Texto	Numero en días	SI	
Fecha de egreso	FEC_EGRESO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	Valor superior a la fecha de consulta y fecha de inicio de síntomas
Motivo de egreso	MOTIVO_EGR	1	Texto	1 = Mejoría 2 = Salida voluntaria 3 = Muerte	SI	
Se dio salida con cuadro de diarrea	SAL_CON_DI	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Diagnostico de egreso	DIAG_EGR	4	Texto	Códigos CIE X	SI	
Fecha de recolección	FEC_RECOLE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	No debe ser inferior a la fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta

Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de recepción (LSP)	FEC_RECEP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	No debe ser inferior a la fecha de recolección variable 9.1
Fecha de resultado	FEC_RESULT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	No debe ser inferior a la fecha de recepción variable 9.2
Identificación de rotavirus	IDENT_ROTA	2	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Serotipo G	SEROTIPO_G	6	Texto	Texto	NO	Dependiente de 9.4 en opción 1 Debe tener un serotipo por lo menos cuando identificó rotavirus, pero puede registrar los dos simultáneamente
Identificación de bacterias	IDENT_BACT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 8.4
Cuales	CUAL_BACT	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 9.5 en opción 1
Identificación de parásitos	IDENT_PARA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Cuales	CUAL_PARA	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 9.6, en opción 1
Asiste el niño a guardería	GUARDERIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cual	CUAL_GUAR	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 10.1 en opción 1
Hay más personas con diarrea en la familia	MAS_PERSON	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Serotipo P	SEROTIPO_P	6	Texto	Texto	NO	Dependiente de 9.4 en opción 1



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 128 de 472


Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 129 de 472

Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.)	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Presento carné de vacunación	PRE_CAR_V1	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 130 de 472

Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vacuna de Streptococcus pneumoniae (Neumococo)	VAC_SP	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345
Dosis de Streptococcus pneumoniae (Neumococo)	DOS_SP	1	Texto	Numérico	NO	Dependiente de "Presento carné de vacunación de Haemophilus influenzae" en opción 1=Sí
Fecha ultima dosis Streptococcus pneumoniae (Neumococo)	FUD_SP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Presento carné de vacunación de Haemophilus influenzae" en opción 1=Sí
Vacuna estacional de influenza	VAC_EI	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NO	
Dosis vacuna estacional de influenza	DOS_EI	1	Texto	Numérico	NO	Dependiente de "Vacuna estacional de influenza" en opción 1=Sí
Fecha última dosis de vacuna estacional de influenza	FUD_EI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacuna estacional de influenza" en opción 1=Sí
Caso asociado a un brote o conglomerado	ASOC_BROTE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas	VIAJÓ	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Si es procedencia nacional ¿ Donde? (especifique departamento y municipio)	MUNICIPIO	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	NO	Dependiente de "Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas" en opción 1=Sí
Si es procedencia internacional ¿ Donde?	INTERNAL	42	Texto	Escribir de donde	NO	Dependiente de "Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas" en opción 1=Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 131 de 472

Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Si es procedencia internacional ¿ Donde? (especifique País)	CODPAIS_PR	3	Texto	Código de país según tabla de referencia	NO	Dependiente de "Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas" en opción 1=Si
Tuvo contacto con aves o cerdos enfermos o muertos durante los 14 días previos al inicio de los síntomas	CON_CON	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Tuvo contacto estrecho con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG durante los 14 días previos al inicio de los síntomas ?	CON_EST	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Antecedentes clínicos, Asma	ASMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, EPOC	EPOC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos, VIH/otras inmunodeficiencias	VIH	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, Enfermedad Cardíaca	ENF_CARD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, Cáncer	CANCER	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, Malnutrición	MALNUTRI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Semanas de gestación	SEMANA_GES	2	Número	>=1 AND <=40	NO	Dependiente de Grupo poblacional Gestante en datos básicos en opción 1=Si
Antecedentes clínicos, Obesidad	OBESIDAD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Antecedentes clínicos, insuficiencia renal	INS_RENAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, toma de medicamentos inmunosupresores	OTR_MEDINM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, fumador	FUMADOR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, otros	OTROS_DC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
cuales otros antecedentes clinicos	CUAL_OT_DC	30	Texto	Texto	NO	Depende de otros antecedentes en la opción 1=si
Datos clínicos Tos	TOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Dolor de garganta	DOL_GAR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Rinorrea	RINORREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Conjuntivitis	CONJUNTIVI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Dificultad Respiratoria	DIF_RES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Se tomo una radiografía de tórax	RX_TORAX	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Fecha de toma	FEC_TOM_RA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de se tomó radiografía de tórax en 1=si

Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Si hubo hallazgos de la radiografía de tórax ¿Cuáles se presentaron?	HALLAZ_RAD	1	Texto	1 = Infiltrado alveolar o neumonía, 2 = Infiltrados intersticiales, 3 = Ninguno	NO	Dependiente de se tomó radiografía de tórax en 1=si
Usó antibióticos la última semana	USO_ANTIB	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Fecha de inicio de antibióticos	FEC_ATIB	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de usó antibióticos la última semana en 1=si
Usó antivirales la última semana	USO_ANTIV	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Fecha de inicio de antivirales	FEC_ANTIV	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de usó antivirales la última semana en 1=si
Servicio en el que se hospitalizó	SERV_HOSP	1	Texto	1= hospitalización general 3= unidad de cuidados intensivos	NO	Dependiente de "Hospitalizado" en datos básicos en opción 1=Sí
Complicaciones, Derrame pleural	DER_PLE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, Derrame pericárdico	DER_PER	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, Miocarditis	MIOCARDITI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, Septicemia	SEPTICEMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, Falla respiratoria	FALLA_RESP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, otro	OTROS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
cual otra complicación	OTROS_CUAL	30	Texto	Texto	NO	Depende de "Complicaciones, otro" en opción 1=Sí

Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Diagnóstico inicial	DX_INI	4	Texto	Código CIE X : Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades del Diagnóstico de impresión, solo códigos J00 a J22 de la CIE X	SI	J00 a J22
Diagnóstico de egreso	DX_EGR	4	Texto	Código CIE X : Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades del Diagnóstico de impresión, solo códigos J de la CIE X	NO	J00 a J22 Si marco en la ficha básica paciente hospitalizado no puede estar reportando un caso de ESI
Es trabajador del área de la salud?	TRAB_SALUD	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Presenta deterioro clínico sin etiología determinada, con evolución rápida (con necesidad de vaso presores y/o ventilación mecánica) en menos de 72 horas	DETER_CLIN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 135 de 472

Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Fecha ingreso a la UCI	FEC_INGUCI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	Dependiente de "Servicio en el que se hospitalizó" en opción 3

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 136 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Código Departamento Municipio notificador	COD_MUN	5	Texto	Código del Municipio/ Departamento Según registro Divipola fuente DANE.	SI	
Numero consecutivo del brote	NUM_CON	3	Texto	Numérico	SI	
Tasa de ataque. Expuestos	EXPUESTOS	5	Numérico	Numérico	SI	
Tasa de ataque. Enfermos	ENFERMOS	5	Numérico	Numérico	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 137 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de investigación	FEC_INV	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Alimentos implicados	ALI_IMP	40	Texto		SI	
Distribución de signos y síntomas Ninguno	DSS_NINGUN	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Náuseas	NAUSEAS	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Vómito	VÓMITO	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Diarrea	DIARREA	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Fiebre	FIEBRE	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Dolor abdominal	DOLOR_ABDO	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Cefalea	CEFALEA	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Deshidratación	DESHIDRATA	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Cianosis	CIANOSIS	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Mialgias	MIALGIAS	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Artralgias	ARTRALGIAS	6	Númerico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Mareo	MAREO	6	Númerico	Número de casos	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 138 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Distribución de signos y síntomas Estreñimiento	ESTREÑIMIE	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Escalofrío	ESCALOFRÍO	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Parestesias	PARESTESIA	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Ictericia	ICTERICIA	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Acolia	ACOLIA	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Coluria	COLURIA	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Lesiones Maculopopulares	LESIONESMA	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Anorexia	ANOREXIA	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Malestar general	MALESTAR	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Bradicardia relativa[M2]	BRADICARDI	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Sialorrea	SIALORREA	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Miosis	MIOSIS	6	N Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Otros	OTROS	6	N Numérico	Número de casos	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 139 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuál otro síntoma	CUAL_OTR_S	30	Texto	Texto	NO	Depende de "Distribución de signos y síntomas Otros" en opción 1=si
Periodo de incubación más corto	PER_IN_COR	6	Texto	MM:HH:DD (Minutos:Horas:Dias), Formato separado por dos puntos(:)	SI	
Periodo de incubación más largo	PER_IN_LAR	6	Texto	MM:HH:DD (Minutos:Horas:Dias), Formato separado por dos puntos(:)	SI	
Muestra biológica 1	MUE_BIO	1	Texto	2 = No 3 = Heces 4 = Orina 5 = Sangre 6 = Vómito 7 = Lavado gástrico 8 = Líquido cefalorraquídeo	SI	
Agentes identificados muestra Biológica 1 (1)	AGE_BIO1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 1 (2)	AGE_BIO2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 1 (3)	AGE_BIO3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 1 (4)	AGE_BIO4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Muestra alimentos / agua	MUE_ALI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Agentes identificados muestra alimentos (1)	AGE_ALI1	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agentes identificados muestra alimentos (2)	AGE_ALI2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra alimentos (3)	AGE_ALI3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra alimentos (4)	AGE_ALI4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra agua (1)	AGE_ID_AG1	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra agua (2)	AGE_ID_AG2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra agua (3)	AGE_ID_AG3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra agua (4)	AGE_ID_AG4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Muestra superficies	MUE_SUP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Agentes identificados muestra superficies (1)	AGE_SUP1	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra superficies (2)	AGE_SUP2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra superficies (3)	AGE_SUP3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra superficies (4)	AGE_SUP4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Estudio de manipuladores 1	EST_MAN	1	Texto	2 = No 3 = Heces 4 = Orina 5 = sangre 6 = Frotis garganta 7 = Frotis manos	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 141 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agentes identificados muestra manipuladores (1)	AGE_MAN1	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores (2)	AGE_MAN2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores (3)	AGE_MAN3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores (4)	AGE_MAN4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Nombre del lugar de consumo/contagio implicado	LUG_CON_IM	150	Texto	Nombre del lugar de consumo	SI	
Lugar de consumo	LUG_CON	1	Texto	1 = Hogar 2 = Establecimiento educativo 3 = Establecimiento militar 4 = Restaurante comercial 5 = Casino particular 6 = Establecimiento penitenciario 7 = Club social 8 = Seminario 9 = Otro	SI	
Dirección	DIR_LUG	150	Texto		SI	
Factores de riesgo fallas en cadena de frío	CAD_FRIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Inadecuada conservación	CONSERVACI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Inadecuado almacenamiento	ALMACENADO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Fallas de cocción	COCION	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	


Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Factores de riesgo Mala higiene personal	HIG_PER	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Contaminación cruzada	CON_CRU	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Fallas en la limpieza	LIM_UTE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Malas condiciones ambientales	AMBIENTAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Fuente no confiable	FTE_ALI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Utensilios tóxicos	UTE_TOX	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Adición de tóxicos	ADI_TOX	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Agua no potable	AGUA_NO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Tóxicos en tejidos	TOX_TEJ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Ingredientes excesivos	ING_EXE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Manipulador infectado	MAN_INF	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Mala acidificación	ACIDIFICAC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Mal descongelamiento y cocción	DESCONG ELA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Enfriamiento lento	ENFRIADO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Disposición inadecuada de excretas	FAC_DET_EX	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Abastecimiento	FAC_DET_AB	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias Ninguna	NINGUNA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 143 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Medidas sanitarias clausura	CLAUSURA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias suspensión	SUSPENSION	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias congelación	CONGELACIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias decomiso	DECOMISO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias aislamiento	AISLAMIENTO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias vacunación	VACUNACION	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias control de insectos o fauna nociva	CTRL_INS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas preventivas	MEDIDA_PRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas preventivas Cuales	QUAL_MED_P	50	Texto		NO	
Clasificación eta	CLA_ETA	1	Texto	1 = Infección Alimentaria 2 = Intoxicación Alimentaria	SI	
Número de muestras correspondientes a muestra biológica 1	NUM_MU_BI1	2	Numérico	>=1	NO	Depende de "muestra biológica 1" en opción diferente de 2
Muestra biológica 2	MUE_BIO2	1	Texto	2 = No 3 = Heces 4 = Orina 5 = Sangre 6 = Vómito 7 = Lavado gástrico 8 = Líquido cefalorraquídeo	SI	
Número de muestras correspondientes a muestra biológica 2	NUM_MU_BI2	2	Numérico	>=1	NO	Depende de "muestra biológica 2" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 2 (1)	AGE_BIO2_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de muestra biológica 2 en opción diferente de 2

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 144 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agentes identificados muestra Biológica 2 (2)	AGE_BIO2_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de muestra biológica 2 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 2 (3)	AGE_BIO2_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de muestra biológica 2 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 2 (4)	AGE_BIO2_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de muestra biológica 2 en opción diferente de 2
Nombre muestra 1 alimentos	NOM_MU_AL1	20	Texto		NO	
Nombre muestra 2 alimentos	NOM_MU_AL2	20	Texto		NO	
Agentes identificados muestra alimentos 2 (1)	AGE_ALM2_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 2 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 2 (2)	AGE_ALM2_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 2 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 2 (3)	AGE_ALM2_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 2 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 2 (4)	AGE_ALM2_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 2 alimentos" si es no vacía
Nombre muestra 3 alimentos	NOM_MU_AL3	20	Texto		NO	
Agentes identificados muestra alimentos 3 (1)	AGE_ALM3_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 3 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 3 (2)	AGE_ALM3_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 3 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 3 (3)	AGE_ALM3_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 3 alimentos" si es no vacía

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 145 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agentes identificados muestra alimentos 3 (4)	AGE_ALM3_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 3 alimentos" si es no vacía
Nombre muestra 4 alimentos	NOM_MU_AL4	20	Texto		NO	
Agentes identificados muestra alimentos 4 (1)	AGE_ALM4_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 4 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 4 (2)	AGE_ALM4_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 4 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 4 (3)	AGE_ALM4_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 4 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 4 (4)	AGE_ALM4_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 4 alimentos" si es no vacía
Nombre muestra 1 superficies inertes	NOM_MU_SU1	10	Texto		NO	
Nombre muestra 2 superficies inertes	NOM_MU_SU2	10	Texto		NO	
Agentes identificados muestra superficies inertes 2 (1)	AGE_SUP2_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 2 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 2 (2)	AGE_SUP2_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 2 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 2 (3)	AGE_SUP2_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 2 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 2 (4)	AGE_SUP2_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 2 superficies inertes" si es no vacía
Nombre muestra 3 superficies inertes	NOM_MU_SU3	10	Texto		NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 146 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agentes identificados muestra superficies inertes 3 (1)	AGE_SUP3_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 3 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 3 (2)	AGE_SUP3_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 3 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 3 (3)	AGE_SUP3_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 3 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 3 (4)	AGE_SUP3_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 3 superficies inertes" si es no vacía
Nombre muestra 4 superficies inertes	NOM_MU_SU4	10	Texto		NO	
Agentes identificados muestra superficies inertes 4 (1)	AGE_SUP4_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 4 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 4 (2)	AGE_SUP4_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 4 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 4 (3)	AGE_SUP4_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 4 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 4 (4)	AGE_SUP4_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 4 superficies inertes" si es no vacía
Número de muestras correspondientes a estudio manipuladores 1	NUM_MU_EM1	2	Numérico	>=1	NO	Depende de "estudio manipuladores 1" en opción diferente de 2
Estudio de manipuladores 2	EST_MAN_2	1	Texto	2 = No 3 = Heces 4 = Orina 5 = sangre 6 = Frotis garganta 7 = Frotis manos	SI	

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número de muestras correspondientes a estudio manipuladores 2	NUM_MU_EM2	2	Numérico	>=1	NO	Depende de "estudio manipuladores 2" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores 2 (1)	AGE_MAN2_1	2	Texto	Según lista de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 2" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores 2 (2)	AGE_MAN2_2	2	Texto	Según lista de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 2" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores 2 (3)	AGE_MAN2_3	2	Texto	Según lista de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 2" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores 2 (4)	AGE_MAN2_4	2	Texto	Según lista de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 2" en opción diferente de 2
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 148 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Signos y Síntomas Nauseas	NAUSEAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y Síntomas Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Calambres Abdominales	CALAMBRES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Deshidratación	DESHIDRATA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Cianosis	CIANOSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Mialgias	MIALGIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Artralgias	ARTRALGIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Mareo	MAREO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Lesiones Maculopapulares	LMACULOPAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Escalofrío	ESCALOFRIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Parestesias	PARESTESIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Sialorrea	SIALORREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Miosis	MIOSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Otros	OTROS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cuál otro signo y síntoma	CUAL	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 4.1.19 en opción 1

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hora de inicio de síntomas Hora Minuto	HORA_INI	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	Formato militar
Alimentos ingeridos el día de los síntomas nombre del alimento (1)	ALI_IN_NA1	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	SI	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas hora Y minutos (1)	ALI_IN_HM1	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas lugar del consumo (1)	ALI_IN_LC1	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	SI	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas nombre del alimento (2)	ALI_IN_NA2	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas hora y minutos (2)	ALI_IN_HM2	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas lugar del consumo (2)	ALI_IN_LC2	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas nombre del alimento (3)	ALI_IN_NA3	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas hora y minutos (3)	ALI_IN_HM3	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas lugar del consumo (3)	ALI_IN_LC3	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 151 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Alimentos ingeridos el día anterior nombre del alimento (1)	AI_ANT_NA1	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	SI	
Alimentos ingeridos el día de anterior hora y minutos (1)	AI_ANT_HM1	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	
Alimentos ingeridos el día anterior lugar del consumo (1)	AI_ANT_LC1	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	SI	
Alimentos ingeridos el día anterior nombre del alimento (2)	AI_ANT_NA2	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos el día de anterior hora y minutos (2)	AI_ANT_HM2	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior lugar del consumo (2)	AI_ANT_LC2	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior nombre del alimento (3)	AI_ANT_NA3	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos el día de anterior hora y minutos (3)	AI_ANT_HM3	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior lugar del consumo (3)	AI_ANT_LC3	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes nombre del alimento (1)	AI_AN2_NA1	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	SI	

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Alimentos ingeridos dos días antes hora y minutos (1)	AI_AN2_HM1	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	
Alimentos ingeridos dos días antes lugar del consumo (1)	AI_AN2_LC1	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	SI	
Alimentos ingeridos dos días antes nombre del alimento (2)	AI_AN2_NA2	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes hora y minutos (2)	AI_AN2_HM2	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes lugar del consumo (2)	AI_AN2_LC2	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes nombre del alimento (3)	AI_AN2_NA3	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes hora y minutos (3)	AI_AN2_HM3	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes lugar del consumo (3)	AI_AN2_LC3	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Nombre del lugar del consumo implicado	NOM_LUG	30	Texto	Texto	SI	
Dirección	DIR_LUG	30	Texto	Texto	SI	
Caso asociado a un brote	ASO_BRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Caso captado por	CAPTADO	1	Texto	1 = UPGD 2 = Búsqueda	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 153 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Relación con la exposición	RELACION	1	Texto	1 = Comensal 2 = Manipulador	SI	
Se tomo muestra biológica	MTRA_BIOLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Sí 8.1 registra valor 2(no); los campos 8.2.1 a 8.2.4 deberán registrar valor 2 (No), al igual que 8.3 a 8.6 se inactiva la variable.
Tipo de muestra. Heces	MTRA_HECES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Tipo de muestra. Vómito	MTRA_VOMIT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Tipo de muestra. Sangre	MTRA_SANGR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Tipo de muestra. Otra	MTRA_OTRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Otra Cual	CUAL_TIP_M	30	Texto	Texto	NO	Depende de 8.2.4, en opción 1
Agente identificado (1)	AGENTE1	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Agente identificado (2)	AGENTE2	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Agente identificado (3)	AGENTE3	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Agente identificado (4)	AGENTE4	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Cuál otro agente identificado	CUAL_OT_AG	30	Texto		NO	Dependiente de 11.2, 11.3 y/0 11.4 si en alguna de ellas se ha seleccionado el agente Otro (Cod. 77)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 154 de 472

Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vacuna 1	VACUNA	2	Texto	1 = BCG 2 = DPT 3 = Antipolio oral 4 = HB 5 = HIB 6 = Pentavalente 7 = Triple viral 8 = FA 9 = SR 10 = Td/TD 11 = Influenza 12 = Tdap 13 = Antineumococo 14 = Antivaricela 15= Antirotavirica 17 = HepatitisA 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 16= Otra	SI	
Dosis 1	DOSIS	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	SI	
Vía 1	VIA	1	Texto	1 = Oral 2 = Intradérmica 3 = Subcutánea 4 = Intramuscular	SI	
Sitio 1	SITIO	1	Texto	1 = Hombro derecho 2 = Hombro izquierdo 3 = Brazo derecho 4 = Brazo izquierdo 5 = Glúteo derecho 6 = Glúteo izquierdo 7 = Muslo derecho 8 = Muslo izquierdo 9 = Oral	SI	Si la variable via es igual a 1=oral, debe asignarse el valor 9=oral a esta variable
Fecha de vacunación 1	FEC_VAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	La fecha de la administración de la vacuna no puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas o a la fecha de consulta

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fabricante 1	FABRICANT1	30	Texto	Texto	SI	
Lote 1	LOTE1	30	Texto	Texto	SI	
Vacuna 2	VACUNA2	2	Texto	1 = BCG 2 = DPT 3 = Antipolio oral 4 = HB 5 = HIB 6 = Pentavalente 7 = Triple viral 8 = FA 9 = SR 10 = Td/TD 11 = Influenza 12 = Tdap 13 = Antineumococo 14 = Antivaricela 15= Antirotavirica 17 = HepatitisA 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 16= Otra	NO	
Dosis 2	DOSIS2	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NO	Dependiente de "Vacuna 2" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Vía 2	VIA2	2	Texto	1 = Oral 2 = Intradérmica 3 = Subcutánea 4 = Intramuscular	NO	Dependiente de "Vacuna 2" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Sitio 2	SITIO2	2	Texto	1 = Hombro derecho 2 = Hombro izquierdo 3 = Brazo derecho 4 = Brazo izquierdo 5 = Glúteo derecho 6 = Glúteo izquierdo 7 = Muslo derecho 8 = Muslo izquierdo 9 = Oral	NO	Dependiente de "Vacuna 2" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 158 de 472

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de vacunación 2	FEC_VAC2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La fecha de la administración de la vacuna no puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas o a la fecha de consulta. Depende de haber administrado la vacuna 2
Fabricante 2	FABRICANT2	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 2" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Lote 2	LOTE2	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 2" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Vacuna 3	VACUNA3	2	Texto	1 = BCG 2 = DPT 3 = Antipolio oral 4 = HB 5 = HIB 6 = Pentavalente 7 = Triple viral 8 = FA 9 = SR 10 = Td/TD 11 = Influenza 12 = Tdap 13 = Antineumococo 14 = Antivaricela 15= Antirotavirica 17 = HepatitisA 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 16= Otra	NO	
Dosis 3	DOSIS3	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NO	Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 159 de 472

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vía 3	VIA3	1	Texto	1 = Oral 2 = Intradérmica 3 = Subcutánea 4 = Intramuscular	NO	Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Sitio 3	SITIO3	1	Texto	1 = Hombro derecho 2 = Hombro izquierdo 3 = Brazo derecho 4 = Brazo izquierdo 5 = Glúteo derecho 6 = Glúteo izquierdo 7 = Muslo derecho 8 = Muslo izquierdo 9 = Oral	NO	Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Fecha de vacunación 3	FEC_VAC3	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La fecha de la administración de la vacuna no puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas o a la fecha de consulta
Fabricante 3	FABRICANT3	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Lote 3	LOTE3	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vacuna 4	VACUNA4	2	Texto	1 = BCG 2 = DPT 3 = Antipolio oral 4 = HB 5 = HIB 6 = Pentavalente 7 = Triple viral 8 = FA 9 = SR 10 = Td/TD 11 = Influenza 12 = Tdap 13 = Antineumococo 14 = Antivaricela 15= Antirotavirica 17 = HepatitisA 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 16= Otra	NO	
Dosis 4	DOSIS4	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NO	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Vía 4	VIA4	1	Texto	1 = Oral 2 = Intradérmica 3 = Subcutánea 4 = Intramuscular	NO	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Sitio 4	SITIO4	1	Texto	1 = Hombro derecho 2 = Hombro izquierdo 3 = Brazo derecho 4 = Brazo izquierdo 5 = Glúteo derecho 6 = Glúteo izquierdo 7 = Muslo derecho 8 = Muslo izquierdo 9 = Oral	NO	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de vacunación 4	FEC_VAC4	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La fecha de la administración de la vacuna no puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas o a la fecha de consulta
Fabricante 4	FABRICANT4	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Lote 4	LOTE4	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Hallazgos Adenitis post BCG	BECEGEITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Activar la variable solo cuando alguna de las vacunas 1 a 8 sea igual a 1 (BCG)
Hallazgos Absceso	ABSCESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Linfadenitis	LINFADENIT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Fiebre mayor 38.5 °C	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Convulsión Febril	CON_FEB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Convulsión sin Fiebre	CON_SINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Episodio hipotónico	HIPOTONÍA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 162 de 472

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos - Parestesia	PARESTESIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Parálisis	PARÁLISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Encefalopatía	ENCEFALOPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Meningitis	MENINGITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Urticaria	URTICARIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Eccema	ECZEMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Choque Anafiláctico	CHO_ANA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Síndrome de Guillan Barre	GUI_BAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Celulitis	CELULITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Llanto persistente mayor a 3 horas	LLA_PER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Tiempo transcurrido entre la aplicación y los síntomas Tiempo	TIE_TRA	3	Texto	Numérico	SI	

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Unidad de medida del tiempo	UN_TIE	1	Texto	2 = Meses 3 = Días 4 = Horas 5 = Minutos	SI	Cuando se seleccionen las opciones 1 ò 2 generar mensaje de alerta: verifique la unidad de medida del tiempo transcurrido entre la aplicación de la vacuna y los síntomas
Tiene antecedentes patológicos	ANT_PAT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales	CUA_ANT_PA	30	Texto	Texto	NO	Depende de variable "Tiene antecedentes patológicos" en la opción 1
Tiene antecedentes alérgicos	ANT_ALE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales	CUA_ANT_AL	30	Texto	Texto	NO	Depende de variable 7.6 en la opción 1
¿Tiene antecedentes previos de reaccion a vacunas?	AASV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales	CUA_ANT_EA	30	Texto	Texto	NO	Depende de variable "¿Tiene antecedentes previos de reaccion a vacunas?" en la opción 1
Estado del paciente	EST_FIN	1	Texto	2 = Recuperación sin secuelas 3 = Recuperación con secuelas	SI	
Se identificó exceso en el uso de dosis recomendadas	EXC_DOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales	CUA_EXC_DO	30	Texto	Texto	NO	Depende de variable "Se identificó exceso en el uso de dosis recomendadas" en la opción 1
Se identificó uso equivocado del diluyente	USO_EQU_DI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 164 de 472

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuales	CUA_USO_EQ	30	Texto	Texto	NO	Depende de variable "Se identificó uso equivocado del diluyente" en la opción 1
Clasificación final del caso	CLA_FINAL	1	Texto	1 = Caso relacionado con la vacuna 2 = Caso relacionado con el programa 3 = Caso coincidente 4 = Caso no concluyente o desconocido 5 = Pendiente	SI	Si se selecciona la opción 4 el tipo de caso debe ser 1. Si se selecciona la opción 3 el ajuste debe ser 6 (caso descartado)
Vacuna 5	VACUNA5	2	Texto	1 = BCG 2 = DPT 3 = Antipolio oral 4 = HB 5 = HIB 6 = Pentavalente 7 = Triple viral 8 = FA 9 = SR 10 = Td/TD 11 = Influenza 12 = Tdap 13 = Antineumococo 14 = Antivaricela 15= Antirotavirica 17 = HepatitisA 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 16= Otra	NO	
Dosis 5	DOSIS5	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NO	Dependiente de "Vacuna 5" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Vía 5	VIA5	1	Texto	1 = Oral 2 = Intradérmica 3 = Subcutánea 4 = Intramuscular	NO	Dependiente de "Vacuna 5" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sitio 5	SITIO5	1	Texto	1 = Hombro derecho 2 = Hombro izquierdo 3 = Brazo derecho 4 = Brazo izquierdo 5 = Glúteo derecho 6 = Glúteo izquierdo 7 = Muslo derecho 8 = Muslo izquierdo 9 = Oral	NO	Dependiente de "Vacuna 5" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Fecha de vacunación 5	FEC_VAC5	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La fecha de la administración de la vacuna no puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas o a la fecha de consulta
Fabricante 5	FABRICANT5	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 5" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Lote 5	LOTE5	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 5" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 166 de 472

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vacuna 6	VACUNA6	2	Texto	1 = BCG 2 = DPT 3 = Antipolio oral 4 = HB 5 = HIB 6 = Pentavalente 7 = Triple viral 8 = FA 9 = SR 10 = Td/TD 11 = Influenza 12 = Tdap 13 = Antineumococo 14 = Antivaricela 15= Antirotavirica 17 = HepatitisA 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 16= Otra	NO	
Dosis 6	DOSIS6	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NO	Dependiente de "Vacuna 6" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Vía 6	VIA6	1	Texto	1 = Oral 2 = Intradérmica 3 = Subcutánea 4 = Intramuscular	NO	Dependiente de "Vacuna 6" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Sitio 6	SITIO6	1	Texto	1 = Hombro derecho 2 = Hombro izquierdo 3 = Brazo derecho 4 = Brazo izquierdo 5 = Glúteo derecho 6 = Glúteo izquierdo 7 = Muslo derecho 8 = Muslo izquierdo 9 = Oral	NO	Dependiente de "Vacuna 6" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 167 de 472

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de vacunación 6	FEC_VAC6	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La fecha de la administración de la vacuna no puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas o a la fecha de consulta
Fabricante 6	FABRICANT6	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 6" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Lote 6	LOTE6	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 6" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 168 de 472

Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos - Error programático	ERR_PROGRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 169 de 472

Exposición a Fluor (Cod. 228)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Exposición a Fluor (Cod. 228)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Índice de Dean diente 16	DEAN_16	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Índice de Dean diente 15	DEAN_15	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Índice de Dean diente 13	DEAN_13	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Índice de Dean diente 12	DEAN_12	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Índice de Dean diente 11	DEAN_11	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Índice de Dean diente 21	DEAN_21	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Índice de Dean diente 22	DEAN_22	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Índice de Dean diente 23	DEAN_23	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 171 de 472

Exposición a Fluor (Cod. 228)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Índice de Dean diente 25	DEAN_25	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Índice de Dean diente 26	DEAN_26	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Índice de Dean diente 36	DEAN_36	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Índice de Dean diente 46	DEAN_46	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Clasificación clínica de las lesiones	CLAS_LES	1	Texto	0 = Normal 1= Dudoso 2= Muy leve 3= Leve 4= Moderada 5= Severa	SI	
Presencia de caries en el paciente al momento del examen clínico	CARIES	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Clasificación de la caries dental. Tipo de caries	T_CARIES	1	Texto	3 = Activa 4 = Inactiva	NO	Dependiente de 6.3 en la opción 1=si
Residencia madre	RES_MADRE	1	Texto	1 = Urbana 2 = Rural	NO	Aplica solo si la variable de datos básicos grupo poblacional es igual a 16= gestantes, ó la variable 5.2 de datos complementarios (edad) es igual a 1= 6 años
Residencia del niño	RES_PAC	1	Texto	1= Urbana 2= Rural 4= Otro País	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 172 de 472

Exposición a Fluor (Cod. 228)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fuente de consumo de agua	CONS_AGUA	1	Texto	1= Acueducto 2= Pozo subterráneo / Aljibe 3= Quebrada 4= Agua embotellada 5= Otro	NO	Aplica solo si la variable de datos básicos grupo poblacional es igual a 16= gestantes, ó la variable 5.2 de datos complementarios (edad) es igual a 1= 6 años
Fuente de consumo de sal	CONS_SAL	1	Texto	1= Sal comercial 2= Sal para ganado 3= Otro	NO	Aplica solo si la variable de datos básicos grupo poblacional es igual a 16= gestantes, ó la variable edad es igual a 6 años
Origen de la sal	ORIG_SAL	1	Texto	1= Sal comercial nacional 2= Sal comercial extranjera	NO	No aplica si la variable 7.4 no fue diligenciada en ningún valor
Responsables del cepillado	R_CEPILLA	1	Texto	1= La madre o el cuidador 2= El niño	SI	
Frecuencia de cepillado	FR_CEPILLA	1	Texto	1= Una vez al día 2= Dos veces al día 3= Tres veces al día 4= Cuatro veces al día 5= Ninguna	SI	
Cantidad de crema dental	CANT_CREM	1	Texto	4 = Un cuarto 5 = Dos cuartos 6 = Tres cuartos 7 = Cuatro cuartos	SI	
Ingesta de crema dental	ING_CREM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ingesta de enjuague bucal	ING_ENJUA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Topificación de flúor	T_FLOUR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Lactancia materna exclusiva	LACT_MATER	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NO	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 173 de 472

Exposición a Fluor (Cod. 228)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 174 de 472

Fiebre amarilla (Cod. 310)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica.	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Fiebre amarilla (Cod. 310)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tiene carné de vacunación para fiebre amarilla	CARNE_VACU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Vacuna de fiebre amarilla	VAC_FA1	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	Dependientes de "Tiene carné de vacunación para fiebre amarilla" en opción 1=sí
Fecha de aplicación	FEC_FA1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tiene carné de vacunación para fiebre amarilla" en opción 1=sí y de "Vacuna de fiebre amarilla" en opción 1=si
Hallazgos semiológicos Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Esta opción debe estar diligenciada en 1=si, para configurarse como caso del evento.
Hallazgos semiológicos Mialgias	MALGIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Artralgias	ARTRALGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Ictericia	ICTERICIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hemoptisis	HEMOPTISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos S Faget	SFAGET	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hiperemia conjuntival	HIPIREMIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hematemesis	HEMATEMESI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Oliguria	OLIGURIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Petequias	PETEQUIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 176 de 472

Fiebre amarilla (Cod. 310)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Metrorragia	METRORRAGI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Choque	CHOQUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Bradicardia	BRADICARDI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Melenas	MELENAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Equimosis	EQUIMOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Epistaxis	EPISTAXIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hematuria	HEMATURIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Falla renal	FALLA_RENA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Falla hepática	FALLA_HEPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hepatomegalia	HEPATOMEGA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Caso de fiebre amarilla	CAS_FA	1	Texto	1 = Selvático 2 = Urbano	SI	
Sitio probable de infección - Código de municipio	CODMUNINFE	5	Texto	Según tabla de referencia	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 177 de 472

Fiebre amarilla (Cod. 310)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 178 de 472

Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53. (Obligatorio)	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica (Obligatorio)	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001 (Obligatorio)	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio. (Obligatorio)	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud. (Obligatorio)	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad. (Obligatorio)	SI	

Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado. (Obligatorio)	SI	
Clasificación Final del Caso	CLAS_FINAL	1	Texto	1 = Paciente con resultado positivo para AgHBs a clasificar 2 = Hepatitis B Aguda 3 = Hepatitis B Crónica 4 = Hepatitis B por transmisión Perinatal 5 = Hepatitis Coinfección B-D 6 = Hepatitis C	SI	
Población de riesgo Hijo de madre AgHBs (+)	HIJ_MAD	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Múltiples Parejas Sexuales	COM_SEX_IN	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Pacientes Multitransfundidos	MULTITRANS	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Usuario Hemodiálisis	HEMODIALIZ	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Trabajador de la salud	TRA_SAL	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Usuario drogas inyectables	DRO_PAR	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Conviviente portador AgHBs (+)	CON_POR	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Contacto sexual portador AgHBs (+)	CON_SEX	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 180 de 472

Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Población de riesgo Población cautiva	POB_CAU	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Modo de transmisión más probable	MET_TRA	1	Texto	1 = Materno infantil 2 = Horizontal 3 = Parenteral / percutanea 4 = Sexual	SI	
Donante de sangre	DON_SAN	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Control prenatal en embarazo actual	CON_PRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Datos básicos - Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1
Edad gestacional de inicio CPN	SEM_GES	2	Texto	>=0 AND <=45	NO	Dependiente de "Datos básicos - Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1
Semana de gestación al diagnostico	SEM_GES_IN	2	Texto	>=0 AND <=45	NO	Dependiente de "Datos básicos - Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1
Vacunación previa hepatitis B	VAC_ANT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Numero de dosis	NUM_DOS	2	Texto	Número de dosis aplicadas	NO	Dependiente de Vacunación previa hepatitis B en opción 1
Fecha de última dosis	FEC_TER_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de Numero de dosis sí se ingresa valor igual o superior a 3
Fuente de la cual se recibió la información	FUENTE	1	Texto	1 = Carné 2 = Verbal 3 = Sin dato	SI	
Presentó Signos y síntomas	PRES_SYS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones	COMPLICACI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 181 de 472

Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuáles complicaciones?	CUALES_COM	1	Texto	1 = Falla Hepática Fulminante 2 = Cirrosis Hepática 3 = Carcinoma Hepático 4 = Síndrome febril icterico	NO	
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	30	Texto	Texto	NO	Aplica solo para transmisión perinatal
Tipo de identificación	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	NO	
Número de identificación	NUM_IDE_MA	16	Texto	Número del documento señalado.	NO	
Aplicación de la vacuna anti hepatitis B al recién nacido	VAC_REC_NA	1	Texto	1 = Primeras 12 horas 2 = 13 a 24 horas 3 = Mas de 24 horas 4 = Sin dato 5 = No aplicaron	NO	
Administración Gammaglobulina anti VHB al Recién Nacido	GAM_REC_NA	1	Texto	1 = Primeras 12 horas 2 = 13 a 24 horas 3 = Mas de 24 horas 4 = Sin dato 5 = No aplicaron la gammaglobulina	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 182 de 472

Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Heterosexual	HETEROSEX	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Homosexual	HOMOSEXUAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Bisexual	BISEXUAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Accidente laboral	ACC_LABORA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Trasplante de organos	TRANS_ORGA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Procedimientos: centro estetico/pircing/tatuaje	PROCEDIMIE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Recibió tratamiento de acupuntura	ACUPUNTURA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 183 de 472

Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Enfermedades asociadas - Coinfeccion VIH/Sida	COINF_VIH	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Momento en el que fué diagnosticada la gestante	MOMDIAG_GE	1	Texto	1 = Previo a la gestación/consulta preconcepcional 2 = Durante la gestación 3 = En el momento del parto 4 = Posterior al parto	NO	Dependiente de "Datos básicos - Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 184 de 472

Leishmaniasis cutánea - Leishmaniasis mucosa - Leishmaniasis visceral (Cod. 420-430-440)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 185 de 472

Leishmaniasis cutánea - Leishmaniasis mucosa - Leishmaniasis visceral (Cod. 420-430-440)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Localización de las lesiones CARA	CARA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Localización de las lesiones TRONCO	TRONCO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Localización de las lesiones MIEMBROS SUPERIORES	MIE_SUP	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Localización de las lesiones MIEMBROS INFERIORES	MIE_INF	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Mucosa Afectada	MUC_AFE	1	Texto	1 = Nasal 2 = Cavidad Oral 3 = Labios 4 = Faringe 5 = Laringe 6 = Párpados	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis mucosa
Signos y síntomas Mucosa Rinorrea	RINORREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis mucosa
Signos y síntomas Mucosa Epistaxis	EPISTAXIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis mucosa
Signos y síntomas Mucosa Obstrucción Nasal	ONASAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis mucosa
Signos y síntomas Mucosa Disfonía	DISFONÍA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis mucosa
Signos y síntomas Mucosa Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis mucosa
Signos y síntomas Mucosa Hiperemia Mucosa	HIPEREMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis mucosa
Signos y síntomas Mucosa Ulceración Mucosa	ULCERACIÓN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis mucosa
Signos y síntomas Mucosa Perforación Tabique	PERFORACIÓN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis mucosa

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 186 de 472

Leishmaniasis cutánea - Leishmaniasis mucosa - Leishmaniasis visceral (Cod. 420-430-440)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y síntomas Mucosa Destrucción Tabique	DESTRUCCIÓ	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis mucosa
Signos y síntomas Visceral Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Hepatomegalia	HEPATOMEGA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Esplenomegalia	ESPLENOMEG	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Anemia	ANEMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Leucocitos	LEUCOPENIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Menor a 5.000 mm ³ Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Plaquetas	TROMBOCITO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Menor a 150.000 mm ³ Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Tiene diagnóstico VIH confirmado	COINFE_VIH	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Para todas las Leishmaniasis
Recibió tratamiento anterior	REC_TTO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	Para todas las Leishmaniasis
Peso actual del paciente	PES_PTE	3	Texto	Numérico	SI	MAX 200KG
Medicamento formulado actualmente	MED_FOR	1	Texto	1 = N-Metil Glucamina 2 = Estibogluconato de sodio 3 = Isotianato de pentamidina 4 = Anfotericina B 5 = Otros 6 = Miltefosina 7 = Pentamidina	SI	
Si marcó otros registre cual	QUAL	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 9.5 en opción 5=otro
Número de cápsulas o volumen diario a aplicar	VOL_DIA	4	Numérico	Numérico	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 187 de 472

Leishmaniasis cutánea - Leishmaniasis mucosa - Leishmaniasis visceral (Cod. 420-430-440)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Días de tratamiento	DIA_TTO	3	Texto	Numérico	SI	
Total de cápsulas o ampollas	TOT_AMP	3	Texto	Numérico	SI	Máximo 180
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 188 de 472

Lepra (Cod. 450)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 189 de 472

Lepra (Cod. 450)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de caso	CASO	1	Texto	1 = Nuevo 2 = Recidiva 3 = Reingreso de abandono recuperado o reinicio de tratamiento	SI	
Clasificación clínica del caso	CLA_CLINIC	1	Texto	1 = Paucibacilar 2 = Multibacilar	SI	
Número de lesiones	NUM_LESION	2	Texto	>=1 AND <=99	SI	
Baciloscopia	BACILOSCOP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Fecha de toma de baciloscopia	FEC_BACILO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Baciloscopia" en la opción 1 La variable solo debe admitir fecha igual o superior a la fecha de inicio de síntomas
Resultado índice bacilar	RES_BACILO	3	Númerico	>=0.0 AND <=6.0	NO	Dependiente de "Baciloscopia" en la opción 1. Variable no obligatoria
Fecha de resultado	FEC_RES_BA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Baciloscopia" en la opción 1 Dependiente de "Resultado índice bacilar" si es >=0 La variable solo debe admitir fecha igual o superior a la fecha de toma de baciloscopia
Biopsia	BIOPSIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Fecha de toma de biopsia	FEC_TOM_BI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Biopsia" en la opción 1 La variable solo debe admitir fecha igual o superior a la fecha de inicio de síntomas

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 190 de 472

Lepra (Cod. 450)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado de la histopatología	RES_BIO	1	Texto	1 = Indeterminada 2 = Tuberculoide 3 = Diforma (bordeline) 4 = Lepromatosa 5 = Neural 6 = Otro diagnóstico	NO	Dependiente de "Biopsia" en la opción 1.
Fecha de resultado	FEC_RES_BI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La variable solo debe admitir fecha igual o superior a la "Fecha de toma de biopsia"
Máximo grado de discapacidad evaluado	MAX_GRA_DI	1	Texto	0 = Grado cero 1 = Grado uno 2 = Grado dos	SI	
Presenta reacción leprótica	PRE_REA_LE	1	Texto	1 = Tipo uno 2 = Tipo dos 3 = Ninguna	SI	
Inicio tratamiento	INIC_TRATA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de inicio de tratamiento	FEC_INI_TR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de Inicio tratamiento en opción 1=Sí La variable solo debe admitir fecha igual o superior a la fecha de inicio de síntomas
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 191 de 472

Lepra (Cod. 450)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 192 de 472

Leptospirosis (Cod. 455)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Hallazgos semiológicos fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Leptospirosis (Cod. 455)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Mialgias	MIALGIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos hepatomegalia	HEPATOMEGA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos ictericia	ICTERICIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay perros en su casa	PERROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay gatos en su casa	GATOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay bovinos en su casa	BOVINOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay equinos en su casa	EQUINOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay porcinos en su casa	PORCINOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ninguno	NINGUNO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay otros animales en su casa	OTROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales otros animales	CUAL_OTROS	30	Texto	Texto	NO	
Contacto con animales enfermos en los últimos 6 meses	ANI_ENFERM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ha visto ratas dentro o alrededor de su domicilio	RATAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ha visto ratas dentro o alrededor de su lugar de trabajo	RATAS_ALRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fuentes de agua Acueducto	ACUEDUCTO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fuentes de agua Pozo Comunitario	POZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



Leptospirosis (Cod. 455)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fuentes de agua Río	RIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fuentes de agua Tanque de almacenamiento	TANQUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
¿Presencia de alcantarillas destapadas cerca de su domicilio o sitio de trabajo?	ALCAN_DES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
¿Inundaciones en la zona en los últimos 30 días?	INUNDACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
¿Contacto con aguas estancadas en los últimos 30 días?	C_AGU_ESTA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antecedentes actividades deportivas Represa	REPRESA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antecedentes actividades deportivas Río	RÍO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antecedentes actividades deportivas Arroyo	ARROYO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antecedentes actividades deportivas Lago/ laguna	LAGOLAGUNA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antecedentes actividades deportivas Sin antecedente	SINANTECED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Disposición de residuos sólidos	D_RES_SOL	1	Texto	1 = Recolección 2 = Disposición peri domiciliaria	SI	
Tiempo de almacenamiento de la basura en casa	T_ALM_BAS	1	Texto	1 = 1- 3 días 2 = 4- 7 días 3 = más de 7 días	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 195 de 472

Leptospirosis (Cod. 455)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
¿Personas con sintomatología similar en la misma vivienda durante los últimos 30 días?	P_SIN_SIMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 196 de 472

Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
¿La paciente ingresa remitida de otra institución?	PTE_REMTDA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Código Insitución de referencia 1	CODINST_R1	12	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Institución de referencia 1	INST_REFE1	50	Texto	Texto	NO	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Código Insitución de referencia 2	CODINST_R2	12	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Institución de referencia 2	INST_REFE2	50	Texto	Texto	NO	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Tiempo del trámite de remisión (en horas)	TIEM_REMIS	3	Texto	>=0	NO	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Gestaciones	NUM_GESTAC	2	numérico	>=1 AND <=19	SI	
Partos vaginales	NUM_PARVAG	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Cesáreas	NUM_CESARE	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Abortos	NUM_ABORTO	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Molas	NUM_MOLAS	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Ectópicos	NUM_ECTOPI	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	

Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Muertos	NUM_MUERTO	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Vivos	NUM_VIVOS	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Regulación de la fecundidad	REGUL_FECU	1	Texto	1 = no uso métodos por desconocimiento 2 = no uso métodos por problemas administrativos 3 = no uso métodos por que no deseaba 4 = natural 5 = Dispositivo intrauterino 6 = Hormonal 7 = Barrera 8 = quirurgico 9 = otro	SI	
Número de controles prenatales	NO_CON_PRE	2	Numérico	>=0 AND <=50	SI	
Semanas al inicio de control prenatal	SEM_C_PREN	2	Numérico	>=0 AND <=40	SI	Dependiente de "Número de controles prenatales" si es > 0
Terminación de la gestación	TERM_GESTA	1	Texto	1 = Aborto 2 = Parto vaginal 3 = Parto instrumentado 4 = Cesárea 5 = Continua embarazada	SI	
Edad gestacional al momento de la ocurrencia (En semanas)	ED_TER_GES	2	Numérico	>=1 AND <=50	SI	Si la respuesta en "Terminación de la gestación" es 1 = Aborto, permitir valores entre 1 y 21
Momento de ocurrencia con relación a la terminación de la gestación	MOC_REL_TG	1	texto	1 = Antes 2 = Durante 3 = Después	SI	
Estado del recién nacido	ESTADO_RNA	1	Texto	1 = Vivo 2 = Muerto	NO	Inactivar si la respuesta a "Terminación de la gestación" es 1= aborto, 5=continua embarazada

Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Embarazo multiple	EMB_MULT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Peso del recién nacido	PESO_RNACD	4	Numérico	>=500 AND <=7000	NO	Inactivar si la respuesta a "Terminación de la gestación" es 1=aborto ó 5=continua embarazada
Peso del recién nacido en caso de embarazo multiple	PESO_RNACX	4	Numérico	>=500 AND <=7000	NO	Entre 500 y 7000 si la respuesta en 6.15.1 es 1=Sí Se aclara de que en caso de tener más de dos productos como resultado del embarazo múltiple se consignara solo los pesos extremos
Eclampsia	ECLAMPSIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Sepsis o infección sistémica severa	CHOQ_SEPTI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hemorragia obstétrica severa	CHOQ_HIPOV	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cardiaca	FALLA_CARD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Vascular	FALLA_VASC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Renal	FALLA_RENA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hepática	FALLA_HEPA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Metabólica	FALLA_META	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cerebral	FALLA_CERE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Respiratoria	FALLA_RESP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Coagulación	FALLA_COAG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 200 de 472

Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ingreso a UCI	INGRES_UCI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cirugía adicional	CIR_ADICIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Transfusión	TRANSFUSIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Total criterios inclusión	TTL_CRITER	2	Númerico	>=1 AND <=32	SI	Es el resultado de sumar criterios correspondientes a: enfermedades específicas, falla orgánica, manejo específico, lesiones de causa externa y otros eventos
Días estancia hospitalaria	DIAS_HOSPI	2	Númerico	>=0	SI	
Días estancia en Cuidado Intensivo	DIAS_C_INT	2	Númerico	>=1	NO	Dependiente de "Ingreso a UCI" en opción 1= SI
Unidades transfundidas	UNDS_TRANS	2	Númerico	>=3	NO	Dependiente de "Transfusión" en opción 1= SI
Cirugía adicional 1	CIR_ADIC_1	1	Texto	1 = Histerectomía 2 = Laparotomía 3 = Legrado 4 = Otro	NO	Dependiente de "Cirugía adicional" en opción 1= SI
Otro cual?	ADIC1_OTRO	20	Texto	Procedimiento según CUPS	NO	Dependiente de "Cirugía adicional 1" en opción 4=Otro
Cirugía adicional 2	CIR_ADIC_2	1	Texto	1 = Histerectomía 2 = Laparotomía 3 = Legrado 4 = Otro	NO	Dependiente de "Cirugía adicional" en opción 1= SI
Otro cual?	ADIC2_OTRO	20	Texto	Procedimiento según CUPS	NO	Dependiente de "Cirugía adicional 2" en opción 4=Otro
Causa principal	CAUS_PRINC	4	Texto	Código del Evento según CIE X	SI	De acuerdo con tabla de CIE10

Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Causa agrupada	CAUS_AGRUP	1	Texto	1 = Trastornos hipertensivos 2 = Complicaciones hemorrágicas 3 = Complicaciones del aborto 4 = Sepsis de origen obstétrico 5 = Sepsis de origen no obstétrico 6 = Sepsis de origen pulmonar 7 = enfermedad preexistente que se complica 8 = Otra causa	SI	
Causa asociada	CAUS_ASOC1	4	Texto	Código del Evento según CIE X	NO	De acuerdo con tabla de CIE10
Causa asociada	CAUS_ASOC2	4	Texto	Código del Evento según CIE X	NO	De acuerdo con tabla de CIE10
Causa asociada	CAUS_ASOC3	4	Texto	Código del Evento según CIE X	NO	De acuerdo con tabla de CIE10
Fecha de egreso	FEC_EGRESO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Debe ser mayor o igual a la fecha de consulta registrada en datos básicos
Fecha de terminación de la última gestación	FEC_UL_GES	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Inactivar si "Número de Gestaciones" = 1
Preeclampsia severa	PRECLAMPSI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ruptura uterina	RUPT_UTERI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Aborto séptico / hemorrágico	ABORTO_SEP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Embarazo ectópico roto	EMB_ECTOPI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Autoinmune	AUTOINMUNE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hematologica	HEMATOLOGI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Oncologica	ONCOLOGICA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Endocrino / metabolicas	ENDOC_META	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Renales	RENALES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Gastrointestinales	GASTROINTE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Eventos tromboembolicos	EVE_TROMBO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cardiocerebrovasculares	CARD_CEREB	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Otras	OTRAS_ENFE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Accidente	ACCIDENTE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Intoxicación accidental	INTOX_ACCI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Intento suicida	INTEN_SUIC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Victima de violencia	VIC_VIOLEN	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Otros eventos de interes en salud pública	OTROS_EVEN	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cuáles eventos?	CUAL_EVENT	254	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Otros eventos de interes en salud pública" en opción 1 = Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 203 de 472

Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 204 de 472

Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Texto	SI	
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente, Rango 1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código del departamento, municipio notificador	COD_MUN_	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y municipio de notificación de los casos.	SI	
Total IRA Hospitalización, Menores de 1 año	GRUPOH_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	



Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total IRA Hospitalización, De 1 año	GRUPOH_2	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 2 a 4 años	GRUPOH_3	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 5 a 19 años	GRUPOH_4	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 20 a 39 años	GRUPOH_5	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 40 a 59 años	GRUPOH_6	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 60y más años	GRUPOH_7	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, Menores de 1 año	HOSPITAL_1	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 1 año	HOSPITAL_2	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total Hospitalización, De 2 a 4 años	HOSPITAL_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 5 a 19 años	HOSPITAL_4	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 20 a 39 años	HOSPITAL_5	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 40 a 59 años	HOSPITAL_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 60y más años	HOSPITAL_7	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, Menores de 1 año	IRAUCI_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 1 año	IRAUCI_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 2 a 4 años	IRAUCI_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total IRA UCI, De 5 a 19 años	IRAUCI_4	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 20 a 39 años	IRAUCI_5	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 40 a 59 años	IRAUCI_6	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 60y más años	IRAUCI_7	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, Menores de 1 año	TOTUCI_1	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 1 año	TOTUCI_2	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	NOSI	
Total Hospitalización UCI, De 2 a 4 años	TOTUCI_3	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 5 a 19 años	TOTUCI_4	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total Hospitalización UCI, De 20 a 39 años	TOTUCI_5	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 40 a 59 años	TOTUCI_6	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 60y más años	TOTUCI_7	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, Menores de 1 año	MTEIRA_1	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 1 año	MTEIRA_2	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 2 a 4 años	MTEIRA_3	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 5 a 19 años	MTEIRA_4	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 20 a 39 años	MTEIRA_5	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 209 de 472

Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)


NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total muertes IRA, De 40 a 59 años	MTEIRA_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA De 60y más años	MTEIRA_7	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, Menores de 1 año	MTETOT_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 1 año	MTETOT_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 2 a 4 años	MTETOT_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 5 a 19 años	MTETOT_4	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 20 a 39 años	MTETOT_5	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 40 a 59 años	MTETOT_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total muertes Todas las causas, De 60y más años	MTETOT_7	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, Menores de 1 año	IRACEXT_1	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 1 año	IRACEXT_2	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, de 2 a 4 años	IRACEXT_3	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 5 a 19 años	IRACEXT_4	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 20 a 39 años	IRACEXT_5	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 40 a 59 años	IRACEXT_6	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 60y más años	IRACEXT_7	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total consulta externa, Menores de 1 año	TOTCEXT_1	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, De 1 año	TOTCEXT_2	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, de 2 a 4 años	TOTCEXT_3	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, De 5 a 19 años	TOTCEXT_4	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, De 20 a 39 años	TOTCEXT_5	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, De 40 a 59 años	TOTCEXT_6	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, De 60y más años	TOTCEXT_7	5	N Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Ajuste	AJUSTE	1	T Texto	0 = No Ajusta, 1ª Vez. 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 212 de 472

Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste o fecha del registro.	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. Obligatorio	SI	
Nombre de la persona responsable	DILIGENCIA	30	Texto	Texto	NO	
Cargo	CARGO	30	Texto	Texto	NO	
Teléfono	TELEFONO	17	Texto	Texto	NO	
Correo electrónico	CORREO	30	Texto	Texto	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 213 de 472

Mortalidad materna (Cod. 550)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	Para Mortalidad materna el tipo de identificación es el de la Madre.
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	Para Mortalidad materna el número de identificación es el de la Madre.
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	30	Texto	Nombre y apellidos de la madre	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 214 de 472

Mortalidad materna (Cod. 550)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sitio de Defunción	SIT_DEF	1	Texto	1 = IPS (Hospital/Clinica) 2 = IPS (Centro/Puesto de salud) 3 = Lugar de Trabajo 4 = Vía Pública 5 = Durante el Traslado 6 = Domicilio 7 = Otro	SI	
Convivencia	CONVIVENCI	1	Texto	1 = Cónyuge 2 = Familia 3 = Sola 4 = Otro	SI	
Si marco otro, ¿Cuál?	OTRO_COV	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 6.1
Escolaridad	ESCOLARIDA	1	Texto	1 = Ninguna 2 = Primaria 3 = Secundaria 4 = Superior 5 = Sin información	SI	
Regulación de la Fecundidad	REG_FEC	1	Texto	1 = No usó métodos por desconocimiento 2 = No usó métodos por acceso 3 = No uso de métodos porque no deseaba 4 = Natural 5 = Dispositivo Intrauterino 6 = Hormonal 7 = Barrera 8 = Quirúrgico 9 = Otro	SI	
Gestaciones	GESTACIONE	2	Texto	>=1 AND <= 20	SI	
Partos vaginales	PARTOS	2	Texto	Número de Partos vaginales de la paciente entre 0-30	SI	No debe superar el valor registrado en la variable 6.5 (gestaciones)
Cesáreas	CESAREAS	2	Texto	Número de Cesáreas de la paciente	SI	No debe superar el valor registrado en la variable 6.5 (gestaciones)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 215 de 472

Mortalidad materna (Cod. 550)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Abortos	ABORTOS	2	Texto	Número de Abortos de la paciente	SI	No debe superar el valor registrado en la variable 6.5 (gestaciones)
Muertos	MUERTOS	2	Texto	Número de hijos muertos de la paciente.	SI	
Vivos	VIVOS	2	Texto	Número de hijos vivos de la paciente	SI	
Antecedentes de riesgo Ninguno	NINGUNO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	El registro de un valor "1 = Si" en este campo, ingresa automáticamente el valor 2 = "No" en los campos (7.1.2) a (7.1.24).
Antecedentes de riesgo Hipertensión crónica	HIP_CRO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Cardiopatías	CARDIOPATÍ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Mola Hidatiforme	MOLA_HIDA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Recién Nacido Pretermino	PRETERMINO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Recién Nacido de bajo peso	BAJO_PESO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Recién Nacido Macrosómico	MACROSOMIC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Trastorno mental	TRANSTORNO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Obesidad	OBESIDAD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 216 de 472

Mortalidad materna (Cod. 550)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Antecedentes de riesgo Desnutrición crónica	D_CRONICA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Íntergénesis menor 2 años	INTER_GENE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo ITS distintas a VIH, sífilis y HB	ITS_DIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo VIH Sida	VIH_SIDA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Otras infecciones	OTRAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo RH Negativo	RH_NEGATIV	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Tabaquismo	TABAQUISMO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Alcoholismo	ALCOHOLISM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Sustancias Psicoactivas	PSICOACTIV	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Deficiencias Socioeconómicas	DEF_CONDIC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Sífilis	SIFILIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Hepatitis B	HEPATITISB	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Otros factores de riesgo	OTROS_FR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Gingivitis y/o periodontitis	GINGIVITIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Mortalidad materna (Cod. 550)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complicaciones del actual embarazo Preeclampsia	PREECLAMPS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Eclampsia	ECLAMPسيا	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Síndrome Hellp	SIN_HELLP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Diabetes gestacional	D_GESTACIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Sepsis	SEPSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Hemorragia 1er trimestre	HEM_1ER	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Hemorragia 2do trimestre	HEM_2DO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Hemorragia 3er trimestre	HEM_3ER	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Desproporción cefalo pélvica	DESP_CEFAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Retardo crecimiento Intrauterino	RETARDO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Enfermedad autoinmune	ENFER_AUTO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 218 de 472

Mortalidad materna (Cod. 550)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complicaciones del actual embarazo Malaria	MALARIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Embarazo no deseado	EMBARAZO_N	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Violencia contra gestante	VIOLECIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Gestacion producto de violencia sexual	GES_PRO_VS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Feto incompatible con la vida	FETO_INCOM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Síntomas depresivos	SIN_DEPRES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Otras complicaciones	OTRAS_COMP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Si marco la casilla otros factores 6.1.23 ¿cuáles?	CUALES_INF	30	Texto	Texto	NO	(Opcional dependiente de 7.1.23)
Si marco otras complicaciones 6.2.18 ¿cuáles?	CUALES_COM	40	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 7.2.18
Número de Controles Prenatales	NUM_CON	2	Texto	>=0 AND <=25	SI	
Semana de Inicio Control prenatal.	SI_CTRL	2	Texto	>= 1 AND <= 45	NO	Opcional dependiente de 8.1 para valores mayores que 0

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 219 de 472

Mortalidad materna (Cod. 550)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Controles realizados por	CON_REA	1	Texto	1 = Médico General 2 = Médico Obstetra 3 = Enfermera 4 = Auxiliar de Enfermería 5 = Promotor	NO	Opcional dependiente de 8.1 para valores mayores que 0
Nivel de Atención del Control Prenatal	NIV_ATE	1	Texto	1 = Primer Nivel 2 = Segundo Nivel 3 = Tercer Nivel 4 = Cuarto Nivel	NO	Opcional dependiente de 8.1 para valores mayores que 0
Remisiones oportunas	REM_OPO	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No aplica	SI	
Complicación	COMPLICACI	4	Texto	Código CIE10 del diagnóstico de la complicación	NO	
Momento en que ocurrió la muerte materna	MOM_OCU_P	1	Texto	1 = Gestación 2 = Parto 3 = Puerperio 24 horas o menos 4 = Puerperio Mayor a 24 horas	SI	
Semana gestación para la mortalidad materna	SEM_MUE	2	Texto	>= 1 AND <= 42	SI	
Fecha del parto	FEC_PARTO	14	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	No aplica si la variable 9.1 es igual a 1 "gestación"
Hora del parto	HOR_PARTO	4	Texto	00:00 En hora militar	NO	No aplica si la variable 9.1 es igual a 1 "gestación"
Tipo de parto	TIP_PAR	1	Texto	1 = Vaginal 2 = Cesárea 3 = Instrumentado 4 = Ignorado 5 = No nació	NO	No aplica si la variable 9.1 es igual a 1 "gestación"

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 220 de 472

Mortalidad materna (Cod. 550)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Parto atendido por	PAR_ATE	1	Texto	1 = Médico General 2 = Médico Obstetra 3 = Enfermera 4 = Auxiliar de Enfermería 5 = Promotor 6 = Partera 7 = Otro	NO	No aplica INHABILITARLA si la variable 9.1 es igual a 1 "gestación"
Otro quien	OTRO QUIEN	30	Texto	Texto	NO	Opción dependiente de 9.5 si es igual a 7 es obligatorio No aplica si la variable 9.1 es igual a 1 "gestación"
Nivel de Atención	NIV_ATE_PA	1	Texto	1 = Primer Nivel 2 = Segundo Nivel 3 = Tercer Nivel 4 = Cuarto Nivel	NO	No aplica si la variable 9.1 es igual a 1 "gestación"
Causas de defunción	CAU_BAS	5	Texto	Código de la causa según CIE 10	SI	Acepta todos los códigos excepto los que inicien por P(xxx)
Causa de muerte determinada por:	CAU_MTE	1	Texto	1 = Historia Clínica 2 = Autopsia Verbal 3 = Necropsia	SI	
Descripción de demoras encontradas Pendiente	DEMORAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Descripción de demoras encontradas Demora 1	DEMORA1	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 11.3.1 cuando el valor es igual a 1
Descripción de demoras encontradas Demora 2	DEMORA2	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 11.3.1 cuando el valor es igual a 1
Descripción de demoras encontradas Demora 3	DEMORA3	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 11.3.1 cuando el valor es igual a 1
Descripción de demoras encontradas Demora 4	DEMORA4	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 11.3.1 cuando el valor es igual a 1

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 221 de 472

Mortalidad materna (Cod. 550)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA 2014 o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 222 de 472

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	El tipo de identificación es el de la Madre.
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	El número de identificación es el de la Madre.
Convivencia	CONVIVENCI	1	Texto	1 = Cónyuge 2 = Familia 3 = Sola 4 = Otro	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 223 de 472

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Si marco otro, ¿Cuál?	OTRO_COV	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Convivencia"
Escolaridad	ESCOLARIDA	1	Texto	1 = Ninguna 2 = Primaria 3 = Secundaria 4 = Superior 5 = Sin información	SI	
Regulación de la Fecundidad	REG_FEC	1	Texto	1 = No usó métodos por desconocimiento 2 = No usó métodos por acceso 3 = No uso de métodos porque no deseaba 4 = Natural 5 = Dispositivo Intrauterino 6 = Hormonal 7 = Barrera 8 = Quirúrgico 9 = Otro	SI	
Gestaciones	GESTACIONE	2	Texto	>=1 AND <= 25	SI	El valor debe ser igual a la sumatoria entre partos vaginales, cesáreas y abortos
Partos vaginales	PARTOS	2	Texto	Número de Partos vaginales de la paciente entre 0-30	SI	No debe superar el valor registrado en la variable gestaciones
Cesáreas	CESAREAS	2	Texto	Número de Cesáreas de la paciente	SI	No debe superar el valor registrado en la variable gestaciones
Abortos	ABORTOS	2	Texto	Número de Abortos de la paciente	SI	No debe superar el valor registrado en la variable gestaciones
Muertos	MUERTOS	2	Texto	Número de hijos muertos de la paciente.	SI	No debe superar el valor registrado en la variable gestaciones
Vivos	VIVOS	2	Texto	Número de hijos vivos de la paciente	SI	No debe superar el valor registrado en la variable gestaciones

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Antecedentes de riesgo Ninguno	NINGUNO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	El registro de un valor "1 = Sí" en este campo, ingresa automáticamente el valor 2 = "No" en los campos "Hipertensión crónica" a "Gingivitis y/o periodontitis".
Antecedentes de riesgo Hipertensión crónica	HIP_CRO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Cardiopatías	CARDIOPATÍ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Mola Hidatiforme	MOLA_HIDA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Recién Nacido Pretermino	PRETERMINO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Recién Nacido de bajo peso	BAJO_PESO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Recién Nacido Macrosómico	MACROSOMIC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Trastorno mental	TRANSTORNO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Obesidad	OBESIDAD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Desnutrición crónica	D_CRONICA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Íntergénesis menor 2 años	INTER_GENE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo ITS distintas a VIH, sífilis y HB	ITS_DIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 225 de 472

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Antecedentes de riesgo VIH Sida	VIH_SIDA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Otras infecciones	OTRAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo RH Negativo	RH_NEGATIV	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Tabaquismo	TABAQUISMO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Alcoholismo	ALCOHOLISM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Sustancias Psicoactivas	PSICOACTIV	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Deficiencias Socioeconómicas	DEF_CONDIC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Sífilis	SIFILIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Hepatitis B	HEPATITISB	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes de riesgo Gingivitis y/o periodontitis	GINGIVITIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Preeclampsia	PREECLAMPS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Eclampsia	ECLAMPSIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Síndrome Hellp	SIN_HELLP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Diabetes gestacional	D_GESTACIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 226 de 472

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complicaciones del actual embarazo Sepsis	SEPSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Hemorragia 1er trimestre	HEM_1ER	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Hemorragia 2do trimestre	HEM_2DO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Hemorragia 3er trimestre	HEM_3ER	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Desproporción cefalo pélvica	DESP_CEFAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Retardo crecimiento Intrauterino	RETARDO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Enfermedad autoinmune	ENFER_AUTO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Malaria	MALARIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Embarazo no deseado	EMBARAZO_N	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Violencia contra gestante	VIOLECIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Gestacion producto de violencia sexual	GES_PRO_VS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complicaciones del actual embarazo Feto incompatible con la vida	FETO_INCOM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo Síntomas depresivos	SIN_DEPRES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones del actual embarazo - Complicación médica que ponga en riesgo la vida de la madre	RIESG_MADR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Embarazo multiple	EMB_MULT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
IVU	IVU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hipotiroidismo	HIPOTIROID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ruptura Prematura de Membranas	RUP_MEMBRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Corioamnionitis	CORIOAMNIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Número del producto	NO_PRODUCT	2	Texto	>0	NO	Dependiente de "Embarazo multiple" en opción 1=Sí
Número de Controles Prenatales	NUM_CON	2	Texto	>=0 AND <=25	SI	
Semana de Inicio Control prenatal.	SI_CTRL	2	Texto	>= 1 AND <= 45	NO	Opcional dependiente de "Número de Controles Prenatales" para valores mayores que 0
Controles realizados por	CON_REA	1	Texto	1 = Médico General 2 = Médico Obstetra 3 = Enfermera 4 = Auxiliar de Enfermería 5 = Promotor	NO	Opcional dependiente de "Número de Controles Prenatales" para valores mayores que 0

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 228 de 472

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nivel de Atención del Control Prenatal	NIV_ATE	1	Texto	1 = Primer Nivel 2 = Segundo Nivel 3 = Tercer Nivel 4 = Cuarto Nivel	NO	Opcional dependiente de "Número de Controles Prenatales" para valores mayores que 0
Remisiones oportunas	REM_OPO	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No aplica	SI	
Tipo de parto	TIP_PAR	1	Texto	1 = Vaginal 2 = Cesárea 3 = Instrumentado 4 = Ignorado 5 = No nació	NO	
Fecha del parto	FEC_PARTO	14	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de parto" en opciones 1 a 4. No puede ser mayor a la fecha de defunción registrada en datos básicos
Hora del parto	HOR_PARTO	4	Texto	00:00 En hora militar	NO	Dependiente de "Tipo de parto" en opciones 1 a 4
Sitio de Defunción	SIT_DEF	2	Texto	6 = domicilio 8 = baja complejidad 9 = mediana complejidad 10 = alta complejidad 11 = UCI 12 = traslado interinstitucional 13 = traslado domicilio IPS 7 = otro	SI	
Parto atendido por	PAR_ATE	2	Texto	1 = Médico General 2 = Médico Obstetra 3 = Enfermera 4 = Auxiliar de Enfermería 5 = Promotor 6 = Partera 7 = Otro 8 = Ella misma 9 = Pareja 10 = Familiar	SI	

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sitio del parto	SITIO_PART	1	Texto	1 = institucional 2 = domicilio 3 = otro	NO	
Nivel de Atención	NIV_ATE_PA	1	Texto	1 = baja complejidad 2 = mediana complejidad 3 = alta complejidad	SI	
Momento en que ocurrió la muerte perinatal	MOM_OCU	1	Texto	1 = anteparto 2 = intraparto 3 = prealta en postparto 5 = postalta en postparto 6 = reingreso en postparto 7 = no aplica nunca fue a institucion de salud en postparto	SI	
Edad Gestacional	EDA_GES	2	Texto	>= 20 AND <= 45	SI	
Complicación	COMPLICACI	4	Texto	Código CIE10 del diagnóstico de la complicación	NO	
Edad neonatal en días en el momento de la muerte	EDAD_NEO	2	Texto	Numérico 1-7	NO	Se inhabilita cuando momento en que ocurrió la muerte es 1 ó 2
Peso al nacer (gramos)	PESO	3	Texto	>= 300 AND <= 6000	SI	
Talla al nacer (cm)	TALLA	1	Texto	>=18 AND <=53	SI	
Sexo	SEXO	1	Texto	M = Masculino F = Femenino I = Indeterminado	SI	
Apgar al nacer 1	APGAR1	2	Texto	>= 0 AND <= 10	NO	Dependiente de "Momento en que ocurrió la muerte materna" si el valor es 3,5 o 6.
El neonato requirió reanimación	REQ_REANIM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 230 de 472

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
La reanimación se realizó	REANIMACIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "El neonato requirió reanimación" en opción 1=Si
Nivel de Atención Inicial del Recién Nacido	NA_RN	1	Texto	1 = Primer Nivel 2 = Segundo Nivel 3 = Tercer Nivel 4 = Cuarto Nivel	NO	No aplica si la variable "Sitio de Defunción" es igual a 6 - domicilio
Requirió remisión	REQ_REMISI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	No aplica si la variable "Sitio de Defunción" es igual a 6 - domicilio
Tiempo en horas desde orden de remisión hasta que fue aceptado	T_REM_ACEP	3	Numérico	Numérico	NO	Dependiente de "Requirió remisión" en opción 1=Si
Adaptación neonatal realizada por	ADAPTACION	1	Texto	1 = Neonatólogo 2 = Pediatra 3 = Médico general 4 = Enfermera 5 = Auxiliar de Enfermería 6 = Partera 7 = Otro	NO	Dependiente de "Momento en que ocurrió la muerte perinatal" si el valor es 2,3,5 o 6 y de "Sitio de Defunción" si el valor es <> 6 - domicilio
Causa de muerte determinada por:	CAU_MTE	1	Texto	1 = Historia Clínica 2 = Autopsia Verbal 3 = Necropsia	SI	
Causa agrupada de cordón	CAU_AGR_CO	5	Texto	Código de la causa según CIE 10	NO	
Causa agrupada de Neonato	CAU_AGR_NE	5	Texto	Código de la causa según CIE 10	NO	
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA 2014 o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno



Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Primer Nombre madre	P_NOMBRE_M	30	Texto	Primer Nombre de la madre	SI	

Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Segundo Nombre madre	S_NOMBRE_M	30	Texto	Segundo nombre de la madre	NO	
Primer apellido madre	P_APELL_M	30	Texto	Primer apellido de la madre	SI	
Segundo Apellido madre	S_APELL_M	30	Texto	Segundo apellido de la madre	NO	
Tipo de identificación madre	TIDE_MAD	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número identificación de la madre	NUMID_MAD	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nivel Educativo de la madre	N_EDUCAT	1	Texto	1= Primaria 2= Secundaria 3= Superior 4= Técnico 5= Ninguna	NO	
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	Texto	1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6	NO	
Número de menores de cinco años en el hogar	MENORES	2	Numérico	>=0 AND <= 20	SI	
Sitio de defunción	SITIO_DEF	1	Texto	1 = IPS (hospital/clínica) 2 = IPS (centro de salud/puesto de salud 3 = Vía Pública 4 = Durante el traslado 5 = Domicilio 6 = Otro	SI	
Peso al nacer	PESO_NAC	4	Texto	>=900 AND <=5000	NO	
Talla al nacer	TALLA_NAC	4	Texto	>= 30.0 AND <= 55.0	NO	2 enteros y 1 decimal
Edad gestacional al nacer	EDAD_GES	2	Texto	>= 0 AND <= 45	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 234 de 472

Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tiempo durante el cual el menor recibió leche materna (MESES)	T_LECHEM	4	Numérico	Numérico	SI	
Edad de inicio de la alimentación complementaria (MESES)	E_COMPLEM	4	Numérico	Numérico	SI	
Inscrito en crecimiento y desarrollo	CREC_DLLO	2	Texto	1= Si 2= No	SI	
Peso actual kgm	PESO_ACT	4	Numérico	>=1 AND <= 30	NO	2 enteros y 1 decimal
Talla actual o longitud actual cm	TALLA_ACT	5	Numérico	>=45.0 AND <= 120.0	NO	3 enteros y 1 decimal
Esquema de vacunación completo a la edad	ESQ_VAC	1	Texto	1= Si 2= No 3= Desconocido	SI	
Referido por carné de vacunación	CARNE_VAC	1	Texto	1= Si 2= No	NO	
Clasificación actual Peso/Edad	CLAS_PESO	1	Texto	5 = menor a -2: Desnutrición Global 6 = de -2 a -1 pero menor que -1: Riesgo de desnutrición global 7 = de -1 a 1: Peso adecuado para la edad	SI	
Clasificación actual Talla-Longitud/Edad	CLAS_TALLA	1	Texto	1 = menor a -2: Talla baja para la edad o Retraso en talla 4 = De -2 a -1 pero menor a -1: Riesgo de baja talla 3 = igual a -1: Talla adecuada para la edad	SI	

Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación actual Peso/Talla- Longitud	C_PES_TAL	1	Texto	1 = (<-3 Desnutrición aguda severa) 7 = (<-2 a = -3 Desnutrición aguda moderada) 8 = (= -2 a <-1 Riesgo de desnutrición aguda) 4 = (= -1 a = 1 Peso adecuado para la talla) 9 = (> 1 a = 2 Riesgo de sobrepeso) 5 = (> 2 a = 3 Sobrepeso) 6 = (> 3 Obesidad)	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Edema	EDEMA	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Emaciación o delgadez visible	DELGADEZ	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Piel reseca o áspera	PIEL_RESE	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Hipo o hiperpigmentación de la piel	HIPERPIGM	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Lesiones del cabello	LES_CABEL	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Anemia detectada por palidez palmar o de mucosas	PALIDEZ	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Causa directa A	C_DIRECT_A	254	Texto	Texto	SI	
Causa antecedente b	C_ANTECB	100	Texto	Texto	NO	
Causa antecedente c	C_ANTECC	100	Texto	Texto	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 236 de 472

Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Causa antecedente d	C_ANTECD	100	Texto	Texto	NO	
Otros estados patológicos	O_PATOL	100	Texto	Texto	NO	
Causa de muerte determinada por	C_DETERM	1	Texto	1= Historia clínica 2= Autopsia verbal 3= Necropsia	SI	
La desnutrición fue la causa básica de muerte	DES_CBMTE	1	Texto	1= Si 2= No	NO	
causa básica de muerte	CBMTE	4	Texto	código CIE 10	NO	
La desnutrición fue una causa asociada o estado patológico de muerte	DES_CPAT	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Obligatoria si "La desnutrición fue la causa básica de muerte" es 2=No
causa asociada de muerte	C_ASMTE	4	Texto	código CIE 10	NO	
Demora 1	DEMORA_1	1	Texto	1= Si 2= No	NO	
Demora 2	DEMORA_2	1	Texto	1= Si 2= No	NO	
Demora 3	DEMORA_3	1	Texto	1= Si 2= No	NO	
Demora 4	DEMORA_4	1	Texto	1= Si 2= No	NO	
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA 2014 o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno

Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 238 de 472

Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 239 de 472

Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de investigación	FEC_INV	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Entidad que realizó la investigación	ENTID_INVE	1	Texto	1 = UPGD 2 = Municipio 3 = Departamento	SI	
Causa de muerte determinada por	CAUS_MUER	1	Texto	1 = Historia clínica 2 = Autopsia verbal 3 = Necropsia	SI	
Sitio de muerte	SIT_MUER	1	Texto	1 = Hospital o clínica 2 = Domicilio 3 = Vía pública 4 = Otro 5 = Desconocido	SI	
Si registró otro, cual	QUAL_SIT_M	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 5.4, en opción 4
Nombre del entrevistado	NOM_ENTREV	30	Texto	Texto	SI	
Tipo documento del entrevistado	TIP_IDE_EN	2	Texto	CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación del entrevistado	NUM_IDE_EN	16	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Parentesco o relación con el menor fallecido	PARENT_ENT	1	Texto	1 = Madre 2 = Padre 3 = Cuidador 4 = Conviviente 5 = Otro	SI	
Si registró otra relación, cual	QUAL_PAR_E	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 6.4, en opción 5
Datos del cuidador Parentesco o relación con el menor fallecido	PARENT_CUI	1	Texto	1 = Madre 2 = Padre 5 = Otro	SI	
Si registró otra relación, cual	QUAL_PAR_C	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 7.1 en opción 5

Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Edad	EDAD	2	N Numérico	Años	SI	Mayor A 12 Años
Pertenencia étnica	ETNIA	1	T Texto	1 = Indígena 2 = Rom 3 = Raizal 4 = Palenquero 5 = Afro colombiano 6 = Otros	SI	
Escolaridad del cuidador	ESC_CUID	1	T Texto	1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Técnico 4 = Universitario 5 = Ninguno	SI	
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	T Texto	1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6	SI	
Estado civil del cuidador	ESTAD_CUID	1	T Texto	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Unión libre 4 = Viudo 5 = Separado	SI	
Ocupación del cuidador	OCUPAC_CUI	4	T Texto	Código de la ocupación de la madre, según la codificación vigente. (Clasificación internacional uniforme de ocupaciones - CIUO 88).	SI	
Peso al Nacer (gramos)	PESO_NAC	4	N Numérico	>=100	SI	
Esquema vacunación completo para la edad	ESQ_VACU	1	T Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Tiene carné	CARNE	1	T Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tiempo de lactancia materna exclusiva Años	T_LACT_AN	2	N Numérico	Numérico	SI	
Tiempo de lactancia materna exclusiva Meses	T_LACT_MES	2	N Numérico	Numérico	SI	


Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desnutrición	DESNUTRICI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Bajo peso al nacer	BAJO_PESO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hacinamiento	HACINAMIEN	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Habitos de higiene inadecuados	HAB_INADEC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Piso de tierra o arena	PISO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Presencia de insectos y roedores	INSECTOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Inadecuada manipulación de alimentos	INA_MAN_AL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Fuente de abastecimiento de agua para consumo humano	FUEN_AGUA	1	Texto	1 = Acueducto 2 = Pozo 3 = Aljibe 4 = Recolección aguas lluvias 5 = Manantiales 6 = Ríos 7 = Lagos/Lagunas 8 = Otros	SI	
Otro cual	CUAL_FUE_A	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 7.12, en opción 8
Disposición de excretas	DISP_EXCRE	1	Texto	1 = Alcantarillado 2 = Cielo abierto 3 = Quema 4 = Relleno sanitario 5 = Otros	SI	
Otro cual	CUAL_OTR_E	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 7.13, en opción 5
La madre o cuidador reconoció signos de alarma	RECON_SIG	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
La madre o cuidador buscó ayuda médica	BUSC_AYUDA	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Hubo fácil transporte al hospital	FACIL_TRAN	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 242 de 472

Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Reconoce la diarrea como una enfermedad grave	RECON_DIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Recibió SRO antes de consulta medica	RECIBI_SRO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Usó terapéutica no médica	TERAP_NO_M	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hubo dificultad administrativa para acceder al servicio	DIFIC_ADM	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Cual dificultad administrativa	CUAL_DIFIC	1	Texto	1 = Documentos exigidos 2 = Económicas 3 = Otras	NO	Depende de Hubo dificultad administrativa para acceder al servicio en opción 1=si
Fue oportuna la atención	ATN_OPORTU	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Como califica la calidad de la atención	CALIDAD_AT	1	Texto	1 = Excelente 2 = Buena 3 = Regular 4 = Mala	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 243 de 472

Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 244 de 472

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	La semana epidemiológica se calcula a partir de la fecha de inicio de la parálisis
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica.	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombre de la Madre del Paciente	NOM_MAD	40	Texto	Texto	NO	

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del Padre del Paciente	NOM_PAD	40	Texto	Texto	NO	
Fecha de la Investigación	INI_INV	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La variable solo debe admitir fecha igual o mayor a la fecha de notificación del caso
Número de dosis recibidas de (VOP)	DOS_REC	1	Numérico	>=0 AND <=9	SI	
Número de dosis recibidas de (VIP)	DOS_VIP_RE	1	Numérico	>=0 AND <=9	SI	
Fecha ultima dosis	ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional dependiente de "Número de dosis recibidas de (VIP)" en valores mayores a cero
Tiene carné	TIE_CAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Respiratorios	RESPIRATOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Digestivos	DIGESTIVOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dolor Muscular	DOL_MUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Signos Meníngeos	SIG_MEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Fiebre al Inicio de Parálisis	FIE_INI	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Instalación	INSTALACIO	2	Numérico	Número de días comprendidos desde el inicio de la parálisis hasta la máxima intensidad de la misma	NO	
Progresión (Sentido de la Enfermedad)	PROGRESION	1	Texto	1 = Ascendente 2 = Descendente 3= Indeterminada	SI	

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de Inicio de Parálisis	INI_PAR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	Calcular semana epidemiológica. Puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas, y a la fecha de consulta pero no a la fecha de notificación
Paresia Miembro Superior Derecho	PAR_MSD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Parálisis Miembro Superior Derecho	PARA_MSD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Flácida Miembro Superior Derecho	FLA_MSD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Paresia Miembro Superior Izquierdo	PAR_MSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Parálisis Miembro Superior Izquierdo	PARA_MSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Flácida Miembro Superior Izquierdo	FLA_MSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Paresia Miembro Inferior Derecho	PAR_MID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Parálisis Miembro Inferior Derecho	PARA_MID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Flácida Miembro Inferior Derecho	FLA_MID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Paresia Miembro Inferior Izquierdo	PAR_MII	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Parálisis Miembro Inferior Izquierdo	PARA_MII	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Flácida Miembro Inferior Izquierdo	FLA_MII	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Localización Miembro Superior Derecho	LOC_MSD	1	Texto	1 = Proximal 2 = Distal	NO	
Sensibilidad Miembro Superior Derecho	SEN_MSD	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
R.O.T. (Reflejos Osteotendinosos), Miembro Superior Derecho	ROT_MSD	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
Localización Miembro Superior Izquierdo	LOC_MSI	1	Texto	1 = Proximal 2 = Distal	NO	
Sensibilidad Miembro Superior Izquierdo	SEN_MSI	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
R.O.T. (Reflejos Osteotendinosos), Miembro Superior Izquierdo	ROT_MSI	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
Localización Miembro Inferior Derecho	LOC_MID	1	Texto	1 = Proximal 2 = Distal	NO	
Sensibilidad Miembro Inferior Derecho	SEN_MID	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
R.O.T. (Reflejos Osteotendinosos), Miembro Inferior Derecho	ROT_MID	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
Localización Miembro Inferior Izquierdo	LOC_MII	1	Texto	1 = Proximal 2 = Distal	NO	
Sensibilidad Miembro Inferior Izquierdo	SEN_MII	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
R.O.T. (Reflejos Osteotendinosos), Miembro Inferior Izquierdo	ROT_MII	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
Compromiso Músculos Respiratorios	CMUS_RES	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Compromiso Signos Meníngeos	CSIG_MEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Compromiso Babinsky	COM_BAB	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Compromiso Brudzinsky	COM_BRU	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Compromiso Pares Craneanos	CPAR_CRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Toma de Líquido Cefalorraquídeo	TOM_LIQ_CE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	
Toma Electromiografía	TELE_MIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	
Toma Velocidad de Conducción	VEL_CON	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Impresión Diagnóstica	IMP_DIA	4	Texto	• Botulismo (A05.1)• Poliomielitis (A80)• Encefalitis (A86.x)• Enfermedad enteroviral del Sistema Nervioso Central (A88.8)• Meningitis aséptica/linfocítica (G03.0)• Miellitis transversa (G37.3)• Síndrome Guillain Barré (G61.0)• Polineuropatía, Poli	NO	
Toma de muestra	MAT_FEC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	
Fecha de Toma Muestra	FMAT_FEC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí. La variable no debe admitir valores inferiores a la fecha de inicio de síntomas
Fecha de Envío Muestra	ENV_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí. La variable solo debe admitir valor mayor o igual a la fecha de toma de muestra
Fecha de Recepción Muestra	REC_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí. La variable solo debe admitir valor mayor o igual a la fecha de envío de muestra



Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de Resultado Muestra	RES_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí. La variable solo debe admitir valor mayor o igual a la fecha de recepción de muestra
Resultado	RES_MF	30	Texto	1 = NEGATIVO 2 = ENTEROVIRUS NO POLIO 3 = POLIOVIRUS SALVAJE TIPO 1 4 = POLIO VIRUS SALVAJE TIPO 2 5 = POLIO VIRUS SALVAJE TIPO 3 6 = POLIO VIRUS VACUNAL TIPO 1 7 = POLIO VIRUS VACUNAL TIPO 2 8 = POLIO VIRUS VACUNAL TIPO 3 9 = POLIOVIRUS DERIVADO DE VACUNA TIPO 1 10 = POLIOVIRUS DERIVADO DE VACUNA TIPO 2 11 = POLIOVIRUS DERIVADO DE VACUNA TIPO 3 12 = MUESTRA CONTAMINADA 13 = MUESTRA NO PROCESADA	NO	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí.
Fecha de Vacunación de Bloqueo	VAC_BLO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Variable de Seguimiento municipal para ajuste. No admite valores inferiores a la fecha de notificación ni a la fecha de investigación de campo

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Caso detectado por	CAS_DET_X	1	Texto	1 = Consulta 2 = Laboratorio 3 = Búsqueda activa institucional 4 = Búsqueda activa comunitaria 5 = Investigación de contactos 6 = Comunidad 7 = Otros 8 = Desconocido	NO	Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Fecha de seguimiento a los 60 días	FEC_SEG	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	(Variable de Seguimiento municipal para ajuste) La variable no admite valores inferiores a la fecha de vacunación de bloqueo
Parálisis residual a los 60 días	PAR_RES	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Atrofia a los 60 días	ATROFIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Clasificación final	CLA_FIN	1	Texto	1 = Polio salvaje 2 = Polio derivado de la vacuna 3 = Polio asociado a la vacuna 4 = Polio compatible 5 = Descartado	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Fecha de clasificación final	FEC_CF	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste) La variable no debe ser inferior a la fecha de notificación

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Criterio para la clasificación	CRI_CLA	1	Texto	1 = Laboratorio 2 = Perdido al seguimiento 3 = Defunción 4 = Con parálisis residual 5 = Sin parálisis residual 6 = Otro diagnostico clínico	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Diagnóstico final	DX_FIN	4	Texto	• Botulismo (A05.1)• Poliomieltitis (A80)• Encefalitis (A86.x)• Enfermedad enteroviral del Sistema Nervioso Central (A88.8)• Meningitis aséptica/linfocítica (G03.0)• Miellitis transversa (G37.3)• Síndrome Guillain Barré (G61.0)• Polineuropatía, Poli	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 253 de 472

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 254 de 472

Rabia en Perros y Gatos - Vigilancia de la rabia por laboratorio (Cod: 650-652)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	650 = Rabia animal 652 = Vigilancia activa rabia animal	SI	
Variable de control	TIP_IDE	2	Texto		NO	Variable de control 99
Variable de control2	NUM_IDE	17	Texto		NO	Variable de control numero secuencial asignado dinámicamente en la medida en que se agregan registros
Fecha de notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Clasificación Inicial del Caso	CLA_INI_CA	1	Texto	1 = Probable 2 = Confirmado por Laboratorio	NO	Se activa obligatorio para rabia animal



Rabia en Perros y Gatos - Vigilancia de la rabia por laboratorio (Cod: 650-652)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre y Apellido del Propietario	NOM_PRO	30	Texto	Texto	NO	
Dirección Residencia Propietario	DIR_PRO	30	Texto	Texto	NO	
Teléfono Propietario	TEL_PRO	10	Texto	Número fijo o celular	NO	
Código del Departamento de Residencia del Propietario	COD_DEP_PR	2	Texto	Código del Departamento según registro Divipola fuentes DANE. Ejemplo: Nariño = 52	NO	
Código del Municipio de Residencia del Propietario	COD_MUN_PR	3	Texto	Código del Municipio según registro Divipola fuentes DANE. Ejemplo: Pasto = 001	NO	
Especie del animal	ESP_ANI	1	Texto	1 = Perro 2 = Gato 3 = Zorro 4 = Murciélago	SI	
Raza	RAZA	30	Texto	Texto	NO	dependiente de especie del animal cuando se seleccionan las opciones 1 ó 2
Color de la cabeza del animal	COLOR	30	Texto	Texto	NO	Si el campo "Especie del animal" tiene el valor de 2 o 1 debe salir el siguiente mensaje: por favor averigüe con el técnico de saneamiento la raza y el color del animal, son datos fundamentales para la recepción de muestras
Edad	EDAD	2	Texto	Edad del animal	NO	dependiente de especie del animal cuando se seleccionan las opciones 1 ó 2 si no tiene la información debe dejar continuar
Unidad de medida de la edad	UNI_MED	1	Texto	1 = Años 2 = Meses	NO	dependiente de registrar algún valor en la variable edad



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 256 de 472

Rabia en Perros y Gatos - Vigilancia de la rabia por laboratorio (Cod: 650-652)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Antecedente vacunación	ANT_VAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	dependiente de especie del animal cuando se seleccionan las opciones 1 ó 2 obligatoria
Fecha de vacunación	FEC_VAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de especie del animal cuando se seleccionan las opciones 1 ó 2 Dependiente de antecedente de vacunación en opción 1=Sí
Área de Procedencia	AREA_PRO	1	Texto	1 = Cabecera Municipal 2 = Centro Poblado 3 = Rural Disperso	NO	
Signos y síntomas. Agresividad	AGRESIVIDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Parálisis miembros inferiores	PARALISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Salivación	SALIVACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Apetito alterado	APETITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Voracidad	VORACIDAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Deglución dificultosa	DEGLUCION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Ladrado ronco	LADRIDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Mandíbula trabada	MANDIBULA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Anisocoria	ANISOCORIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Otro	OTRO_SS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y Síntomas otro Cual	OTROS_CUAL	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 4.1 cuando la opción es = 11



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 257 de 472

Rabia en Perros y Gatos - Vigilancia de la rabia por laboratorio (Cod: 650-652)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha inicio de síntomas	F_INI_SIN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Tipo de muerte	MUERTE	1	Texto	1 = Espontaneo 2 = Sacrificado 3 = Accidentado 4 = Desconocida	SI	
Fecha de muerte	FEC_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Fecha toma de muestra	F_TOM_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Fecha remisión muestra	F_TOM_REM	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Prueba diagnóstica confirmatoria	PR_DIA_CON	1	Texto	1 = IFD 2 = Prueba Biologica	NO	
Resultado	RESULTADO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Inadecuado 4 = Pendiente	NO	
Identificación variante	IDE_VV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Variante Identificada	VAR_IDE	1	Texto	1 = Uno 3 = Tres 4 = Cuatro 5 = Cinco 8 = Ocho 0 = Otra	NO	
Cual otra variante identificada	VAR_I_CUAL	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Variante Identificada" en opción 0=Otra
Cual otro destino de muestra	DES_M_CUAL	30	Texto	Texto	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 258 de 472

Rabia en Perros y Gatos - Vigilancia de la rabia por laboratorio (Cod: 650-652)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No Ajusta, 1ª Vez. 2 = Confirmado por laboratorio 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación 6 = Descartado	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 259 de 472

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	Se calcula a partir de la fecha de inicio de erupción 5.5
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombre del padre o la Madre del Paciente	NOM_PM	30	Texto	Texto	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 260 de 472

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ocupación del padre o la Madre del Paciente	OCU_PM	4	Texto	Código de la ocupación de la madre o padre, según la codificación vigente. (Clasificación internacional uniforme de ocupaciones - CIUO 88).	NO	
Dirección de trabajo	DIR_PM	30	Texto	Texto	NO	
Caso detectado por	CAS_DET	1	Texto	1 = Consulta 2 = Laboratorio 3 = Búsqueda activa institucional 4 = Búsqueda activa comunitaria 5 = Investigación a contactos 6 = Comunidad 7 = Otros 8 = Desconocido	SI	
Vacuna contra Sarampión	VAC_SAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Número de Dosis Vacuna Sarampión	DOS_SAR	1	Numérico	Numérico	NO	Dependiente de 5.5, en la opción 1, acepta valor superior a 1
Fecha Última Dosis Sarampión	ULT_SAR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 5.5, en la opción 1
Fuente (información vacuna sarampión)	FTE_SAR	1	Texto	1 = Carné 2 = Verbal 3 = Registro de salud o RIPS	NO	Dependiente de 5.5, en la opción 1
Tipo vacuna (Sarampión)	TIP_VAC_SA	1	Texto	1 = Sarampión S 2 = Sarampión rubéola SR 3 = Triple viral SRP	NO	Dependiente de 5.5, en la opción 1
Vacuna contra Rubéola	VAC_RUB	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 261 de 472

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número de Dosis Vacuna Contra Rubéola	DOS_RUB	1	Texto	Numérico	NO	Dependiente de 5.6, en la opción 1, acepta valor superior a 1
Fecha Última Dosis Rubéola	ULT_RUB	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 5.6, en la opción 1
Fuente (información vacuna Rubéola)	FTE_RUB	1	Texto	1 = Carné 2 = Verbal 3 = Registro de salud o RIPS	NO	Dependiente de 5.6, en la opción 1
Tipo vacuna rubéola	TIP_VAC_RU	1	Texto	1 = Rubéola R 2 = Sarampión rubéola SR 3 = Triple viral SRP	NO	Dependiente de 5.6, en la opción 1
Fecha Visita Domiciliaria	FVIS_DOM	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste La variable solo acepta valor superior a la fecha de consulta
Diagnóstico inicial	DX_INI	4	Texto	CIE X DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES PARA EL EVENTO B050 SARAMPION COMPLICADO CON ENCEFALITIS B051 SARAMPION COMPLICADO CON MENINGITIS B052 SARAMPION COMPLICADO CON NEUMONIA B053 SARAMPION COMPLICADO CON OTITIS MEDIA B054 SARAMPION CON COMPLICACIONES I	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 262 de 472

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de Inicio de Fiebre	FINI_FIE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Si no hay fiebre no es caso de sarampión o rubéola.	NO	Si es no vacía, la variable no debe aceptar valores inferiores a la fecha de inicio de síntomas
Tipo de Erupción	TIP_ERU	1	Texto	1 = Maculopapular 2 = Vesicular 3 = Otro 4 = Desconocido	SI	Si no hay Erupción no es caso de sarampión o rubéola.
Fecha de Inicio de Erupción	FINI_ERU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	La variable no debe aceptar valores inferiores a la fecha de inicio de síntomas
Duración (Días)	DUR_DIA	2	Numérico	Numérico mayor a cero	SI	
Tos	TOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Coriza	CORIZA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Conjuntivitis	CONJUNTIVI	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Adenopatía	ADENOPATIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Artralgia	ARTRALGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Embarazada	EMBARAZADA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	NO	Aplica para sexo femenino
Número de Semanas embarazo	NUM_SEM	2	Numérico	Numérico (0-45)	NO	Dependiente de 6.12
Lugar probable de Parto	MUN_PAR	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	NO	Dependiente de 6.12

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hubo Contacto con Otro Caso Confirmado de Sarampión/Rubéola 7-23 días antes del inicio de la erupción	SAR_RUB_7	1	Texto	1 = Sarampión 2 = Rubéola 3 = Ambos 4 = Ninguno 5 = Desconocido	SI	
Hubo Algún caso Confirmado de Sarampión/Rubéola en el área antes de este caso	SAR_RUB_A	1	Texto	1 = Sarampión 2 = Rubéola 3 = Ambos 4 = Ninguno 5 = Desconocido	SI	
Viajó Durante los 7-23 días previos al inicio de la Erupción	VIAJO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Dónde	DON_MUN	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio donde viajo.	NO	Dependiente de 7.3 en la opción 1
Tuvo contacto con una mujer embarazada entre los cinco (5) días antes del inicio y los (7) días después del inicio de síntomas	CON_MUJ_E	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Hubo vacunación de bloqueo?	VAC_BLOQ	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	NO	Opcional – Variable de seguimiento municipal para ajuste
Hubo monitoreo rápido de coberturas?	MON_RAP	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Hubo seguimiento a contactos?	SEG_CONT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Si el caso es confirmado, fuente de infección	FTE_INFECC	1	Texto	1 = Importado 2 = Relacionado a importación 3 = Fuente desconocida 4 = Autóctono	NO	Obligatoria si se realiza un ajuste confirmando el caso Se activa si el tipo de caso es 3 (confirmado por laboratorio)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 264 de 472

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Si es importado o relacionado a importación, de que país.	IMP_PAIS	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Si el caso es confirmado, fuente de infección" en la opción 1 o en la opción 2
Si el caso es descartado, criterio para descartar	CRI_DES	1	Texto	1 = Laboratorio negativo 2 = Reacción vacunal 3 = Dengue 4 = Parvovirus B19 5 = Herpes 6 = Reacción alérgica 7 = Otro diagnóstico	NO	Obligatoria si se realiza un ajuste descartando el caso Se activa si el tipo de caso es 6 (descartado)
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 265 de 472

Sífilis congénita (Cod. 740)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Condición al momento del diagnóstico	CONDENDIAG	1	Texto	1 = Embarazo 2 = Parto 3 = Puerperio	SI	

Sífilis congénita (Cod. 740)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Control prenatal en embarazo actual	CON_PRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas al primer control prenatal	EDA_GES	2	Texto	>= 2 AND <= 42	NO	Depende de control prenatal en opción 1=Si
Prueba no treponémica (VDRL o RPR)	TOMASEROLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas a la realización de la prueba	EG_PRI_S	2	Texto	>= 2 AND <= 42	NO	Depende de "Prueba no treponémica (VDRL o RPR)" en opción 1
Resultado de la prueba no treponémica VDRL / RPR	RESSERVDRL	2	Texto	3 = menor o igual a 2 DILS 4 = 4 DILS 5 = 8 DILS 6 = 16 DILS 7 = 32 DILS 8 = 64 DILS 9 = 128 DILS 10 = 256 DILS 11= 512 DILS 12 = 1024 DILS 13 = 2048 DILS	NO	Depende de "Prueba no treponémica (VDRL o RPR)" en opción 1
Prueba treponémica	PRUETREPON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas a la realización de la prueba	EG_PR_TREP	2	Texto	>= 2 AND <= 42	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Cuál prueba treponémica	QUE_PR_TRE	1	Texto	1 = TPPA 2 = TPHA 4 = Prueba rápida	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Resultado Prueba treponémica	RESULTREPO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Se administró tratamiento a la gestante	TRATAMIENT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas al inicio del tratamiento	SEMGESTIN	2	Texto	>= 0 AND <= 42	NO	Depende de se administró tratamiento en opción 1=si Debe ser mayor o igual a la edad gestacional de la toma de serología

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 267 de 472

Sífilis congénita (Cod. 740)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Penicilina benzatínica No. de dosis	PEN_BENZAT	1	Texto	1 = Una dosis 2 = Dos dosis 3 = Tres dosis	NO	Depende de "Se administro tratamiento a la gestante" en opción 1=Sí
Tratamiento de contactos	TTO_CON	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	30	Texto	Nombre y apellido de la madre	SI	
Tipo Identificación (madre)	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación (madre)	NUM_IDE_MA	16	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Resultado de la gestación	RES_GESTAC	1	Texto	1 = Recien nacido vivo 3 = Mortinato	SI	
Número de productos al nacimiento	NO_PRODUCT	1	Texto	>= 1	SI	
Edad gestacional en semanas al nacimiento	EDA_GES_NA	2	Texto	>= 2 AND <= 42	SI	
Resultado de la serología de la madre en el momento del parto (VDRL o RPR)	RES_SER_MP	2	Texto	3 = menor o igual a 2 DILS 4 = 4 DILS 5 = 8 DILS 6 = 16 DILS 7 = 32 DILS 8 = 64 DILS 9 = 128 DILS 10 = 256 DILS 11= 512 DILS 12 = 1024 DILS 13 = 2048 DILS	SI	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 268 de 472

Sífilis congénita (Cod. 740)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado serología del recién nacido (VDRL / RPR)	RESULTSERO	2	Texto	3 = menor o igual a 2 DILS 4 = 4 DILS 5 = 8 DILS 6 = 16 DILS 7 = 32 DILS 8 = 64 DILS 9 = 128 DILS 10 = 256 DILS 11= 512 DILS 12 = 1024 DILS 13 = 2048 DILS 14 = No reactiva	NO	Depende de "Resultado de la gestación" en opción 1=si
Estadio clínico	ESTAD_CLIN	1	Texto	1 = Sífilis temprana (primaria, secundaria y latente temprana) 2 = Sífilis tardía 3 = Sífilis de duración desconocida	SI	
Fecha de aplicación de la primera dosis de tratamiento a la madre	FEC_TTOMAD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Depende de "Se administro tratamiento a la gestante" en opción 1=Sí
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 269 de 472

Sífilis congénita (Cod. 740)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Diagnóstico en el embarazo actual	DIA_EMBACT	1	Texto	1 = Primera vez 2 = Reinfeción	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 270 de 472

Sífilis gestacional (Cod. 750)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	



Sífilis gestacional (Cod. 750)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Condición al momento del diagnóstico	CONDENDIAG	1	Texto	1 = Embarazo 2 = Parto 3 = Puerperio 4 = Post aborto	SI	
Control prenatal en embarazo actual	CON_PRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas al primer control prenatal	EDA_GES	2	Texto	>= 2 AND <= 42	NO	Depende de control prenatal en opción 1=Si
Prueba no treponémica (VDRL o RPR)	PR_NO_TREP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas a la realización de la prueba	EG_PRI_S	2	Texto	>= 2 AND <= 42	NO	Depende de "Prueba no treponémica (VDRL o RPR)" en opción 1
Resultado de la prueba no treponémica VDRL / RPR	RESSERVDRL	2	Texto	3 = menor o igual a 2 DILS 4 = 4 DILS 5 = 8 DILS 6 = 16 DILS 7 = 32 DILS 8 = 64 DILS 9 = 128 DILS 10 = 256 DILS 11= 512 DILS 12 = 1024 DILS 13 = 2048 DILS	NO	Depende de "Prueba no treponémica (VDRL o RPR)" en opción 1
Prueba treponémica	PRUETREPON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas a la realización de la prueba	EG_PR_TREP	2	Texto	>= 2 AND <= 42	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Cuál prueba treponémica	QUE_PR_TRE	1	Texto	1 = TPPA 2 = TPHA 4 = Prueba rápida	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Resultado Prueba treponémica	RESULTREPO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Se administro tratamiento a la gestante	REC_TTO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



Sífilis gestacional (Cod. 750)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Edad gestacional en semanas al inicio del tratamiento	SEMGESTIN	2	Texto	>= 0 AND <= 42	NO	Depende de se administró tratamiento en opción 1=si Debe ser mayor o igual a la edad gestacional de la toma de serología
Penicilina benzatínica No. de dosis	PEN_BENZAT	1	Texto	1 = Una dosis 2 = Dos dosis 3 = Tres dosis	NO	Depende de "Se administro tratamiento a la gestante" en opción 1=Sí
Tratamiento de contactos	TTO_CON	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Estadio clínico	ESTAD_CLIN	1	Texto	1 = Sífilis temprana (primaria, secundaria y latente temprana) 2 = Sífilis tardía 3 = Sífilis de duración desconocida	SI	
Fecha de aplicación de la primera dosis de tratamiento a la madre	FEC_TTOMAD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Depende de "Se administro tratamiento a la gestante" en opción 1=Sí
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 273 de 472

Sífilis gestacional (Cod. 750)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Diagnóstico en el embarazo actual	DIA_EMBACT	1	Texto	1 = Primera vez 2 = Reinfeción	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 274 de 472

Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 275 de 472

Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación Inicial	CLA_INI	1	Texto	1 = Sospechoso por datos Clínicos 2 = Sospechoso por hijo de madre con sospecha o confirmación de rubéola	SI	
Lugar de nacimiento del paciente	MUN_NAC	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	SI	
Fuente de notificación	FUE_NOT	1	Texto	1 = Pública 2 = Privada 3 = Laboratorio 4 = Comunidad 5 = Búsqueda Activa 8 = Otras 9 = Desconocida	SI	
Nombre de la madre	NOM_MAD	30	Texto	Texto	SI	
Edad en años de la madre	EDAD	2	Texto	>=6	SI	
Número de Embarazos	NUM_EMB	2	Texto	>= 1 AND <=25	SI	
Viajes	VIAJES	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Semana de Embarazo del Viaje	SE_VIA	2	Texto	>= 1 AND <= 45	NO	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Sí
País donde viajó?	CODPAIS	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Sí
Donde	MUN_VIA	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	NO	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Sí Dependiente de "País dónde viajó" si selecciona Colombia
Apgar	APGAR	2	Texto	>= 1 AND <= 10	SI	
Bajo peso al nacer	BPN	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	

Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Peso en gramos	PESO	4	Texto	Numérico en gramos	SI	Si la variable bajo peso al nacer es igual a 1. Solo debe admitirse valores iguales o inferiores a 2499 gramos en esta variable.
Pequeño para la edad gestacional	PEQ_EDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Semanas (nacimiento)	SEMANAS	2	Texto	>= 20 AND <= 45	NO	Debe coincidir con el primer ítem de semanas de embarazo que se encuentra en la historia materna
Cataratas	CATARATAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Glaucoma	GLAUCOMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Retinopatía Pigmentaria	RETINOPATI	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Otros Ojos	OTR_OJO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Persistencia del conducto arterioso	PER_CON	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Estenosis de la Arteria pulmonar	EST_ART	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Otros corazón	OTR_COR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Sordera	SORDERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Otros oídos	OTR_OID	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Microcefalia	MICROCEFAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Retraso en el desarrollo psicomotor	RET_DES	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Púrpura	PURPURA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Hepatomegalia	HEPATOMEGA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	

Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ictericia al nacer	ICT_NAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Esplenomegalia	ESPLENOMEG	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Osteopatía radio lucida	OST_RAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Meningoencefalitis	MENINGOENC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Otros	OTRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Fecha de inicio de la investigación	FEC_INI_IN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La variable no debe admitir valores inferiores a la fecha de consulta
Diagnóstico final	DX_FIN	1	Texto	1 = Infección congénita 2 = Otro 9 = Desconocido	SI	
Investigado por	INVESTIGAD	30	Texto	Texto	NO	
Teléfono	TEL_INVEST	20	Texto	Texto	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 278 de 472

Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

Tétanos accidental (Cod. 760)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Tétanos accidental (Cod. 760)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Dolor en el cuello	DOL_CUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1 si la variable 6.14 se encuentra vacía.
Dolor de garganta	DOL_GAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1 si la variable 6.14 se encuentra vacía.
Imposibilidad para abrir la boca / hablar	IMP_HABLAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Convulsiones	CONVULSION	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Contracciones musculares	CON_MUSCUL	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Rigidez en músculos abdominales	RIG_MU_ABD	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Espasmos generalizados	ESP_GENERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Rigidez de nuca	RIG_NUCA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Afectación de nervios craneales	AFE_NER_CR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Trismus	TRISMUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1

Tétanos accidental (Cod. 760)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Opistótonos	OPISTÓTONO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Otro Cual?	OTRO_CUAL	30	Texto	Texto	NO	
Estado final del paciente	EST_FINAL	1	Texto	2 = Recuperación sin secuelas 3 = Recuperación con secuelas 4 = Muerto	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 282 de 472

Tetános neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombre de la madre	NOM_MAD	30	Texto	Texto	SI	

Tetánus neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Edad de la madre	EDA_MAD	2	Texto	Numérico en años	SI	
Llanto al nacer	LLA_NAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Mamaba normalmente al nacer	MAM_NOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Dejó de mamar	DEJ_MAM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
En qué fecha	FECHA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Dejó de mamar", en la opción 1
Hipertermia	HIPERTERMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fontanela abombada	FON_ABO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Rigidez de nuca	RIG_NUC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Trismus	TRISMUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Convulsiones	CONVULSION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Espasmos	ESPASMOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Contracciones	CONTRACCIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Opistotonos	OPISTOTONO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Llanto excesivo	LLA_EXC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Sepsis umbilical	SEP_UMB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Número de embarazos con el del caso	NUM_EMB	2	Texto	Numérico	SI	>= 1
Asistió a control prenatal	CON_PRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Si marco no, Justifique	JUSTIFIQUE	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 7.2, en opción 2

Tetános neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Atendido por médico	ATE_MED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 7.2, en opción 1
Atendido por enfermero	ATE_ENF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 7.2, en opción 1
Atendido por Auxiliar	ATE_AUX	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 7.2, en opción 1
Atendido por promotor	ATE_PRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 7.2, en opción 1
Atendido por otro	ATE_OTR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 7.2, en opción 1
Si marco otro, ¿Cuál?	OTRO	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 7.4.5, en opción 1
Número de controles prenatales	NUM_CON	2	Texto	Numérico	NO	Dependiente de 7.2, en opción 2
Fecha último control prenatal	ULT_CON	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 7.2, en opción 2
La madre durante el embarazo vivió en el mismo lugar	VIV_MIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
En caso negativo en que municipio	MUN_VIV	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	NO	Dependiente de 7.7, en opción 2
Vacunación antitetánica	VAC_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Número de dosis de DPT	DOS_DPT	1	Texto	Numérico	NO	Dependiente de 8.1 Mayor a cero
Si marco NO en 7.1 (Vacunación antitetánica) explique causa	EXP_CAU	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 8.1, en opción 2
Fecha dosis TD1	DOS_TD1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1, en opción 1

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 285 de 472

Tetános neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha dosis TD2	DOS_TD2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1, en opción 1
Fecha dosis TD3	DOS_TD3	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1, en opción 1
Fecha dosis TD4	DOS_TD4	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1, en opción 1
Lugar de atención del parto	LUG_PAR	1	Texto	1 = Casa 2 = Institución de Salud	SI	
Institución	INSTITUCIO	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 9.1, en opción 2
Fecha de ingreso al parto	ING_PAR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 9.1, en opción 2 La variable no debe admitir valores superiores a la fecha de nacimiento
Fecha de egreso postparto	EGR_POS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 9.1, en opción 2 La variable no debe admitir valores inferiores a la fecha de ingreso al parto variable 9.3
Quien atendió el parto	ATE_PAR	1	Texto	1 = Médico 2 = Enfermera 3 = Auxiliar 4 = Promotora 5 = Partera complementada 6 = Partera no complementada 7 = Familiar 8 = Sola 9 = Otro	SI	
Instrumento utilizado para cortar el cordón umbilical	INS_UTI	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 9.1, en opción 1

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 286 de 472

Tetános neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Método de esterilización o desinfección del instrumento	MET_EST	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 9.1, en opción 1
Recibió información sobre cuidados del muñón umbilical	REC_INF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Aplicación en el muñón umbilical de sustancias	APL_MUÑ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales sustancias	CUA_SUS	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 9.9, en opción 2
Distancia en minutos de la vivienda al organismo de salud	DIS_MIN	3	Texto	Numérico	SI	
Fecha de la investigación de campo	FEC_INV	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste La variable no debe aceptar valores inferiores a la fecha de consulta
Fecha de la vacunación	FEC_VAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste La variable no debe aceptar valores inferiores a la fecha de la investigación de campo
Dosis de TD1 MEF	DOS_MEF1	6	Texto	Numérico	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Dosis de TD1 Gestantes	DOS_GES1	6	Texto	Numérico	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Dosis de TD2 MEF	DOS_MEF2	6	Texto	Numérico	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 287 de 472

Tetános neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Dosis de TD2 Gestantes	DOS_GES2	6	Texto	Numérico	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Dosis de TD3 MEF	DOS_MEF3	6	Texto	Numérico	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Dosis de TD3 Gestantes	DOS_GES3	6	Texto	Numérico	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Dosis de TD4 MEF	DOS_MEF4	6	Texto	Numérico	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Dosis de TD4 Gestantes	DOS_GES4	6	Texto	Numérico	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Dosis de TD5 MEF	DOS_MEF5	6	Texto	Numérico	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Dosis de TD5 Gestantes	DOS_GES5	6	Texto	Numérico	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Cobertura lograda	COB_LOG	3	Texto	>= 1 AND <= 100	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Responsable diligenciamiento	DILIGENCIA	30	Texto	Texto	NO	
Fecha de diligenciamiento del control	FEC_DILIGI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	

Tetánus neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

Tosferina (Cod. 800)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombre del padre o de la madre	PAD_MAD	30	Texto	Texto	NO	

Tosferina (Cod. 800)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Caso identificado por	IDENTIFICA	1	Texto	1 = Consulta externa 2 = Urgencias 3 = Hospitalización 4 = Búsqueda comunitaria	SI	
Dosis aplicadas de vacuna antipertussis	ANTIPERTUS	1	Texto	0 = Ninguna 1 = Una 2 = Dos 3 = Tres 4 = Primer refuerzo 5 = Segundo refuerzo	SI	Dependiente de la edad registrada en datos básicos así: Ninguna dosis: se admite a cualquier edad • 1 dosis: si edad >= 2 meses • 2 dosis: si edad >= 4 meses • 3 dosis: si edad >= 6 meses • 4 dosis: si edad >= 1 año • 5 dosis: si edad >= 5 años
Tipo de vacuna	TIP_VAC	1	Texto	1 = DPT 2 = Pentavalente 3 = TadP	NO	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antipertussis", en opción mayor a 0
Fecha última dosis	FEC_UD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antipertussis", en opción mayor a 0
Etapas de la enfermedad	ETA_ENF	1	Texto	1 = Catarral 2 = Espasmódica 3 = Convaleciente	SI	
Infección respiratoria	IRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tos	TOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Duración de la tos (días)	DUR_TOS	2	Texto	Numérico	NO	Opcional dependiente de 7.2, en opción 1

Tosferina (Cod. 800)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tos Paroxística	TOS_PAR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de 7.2, si la opción es 1 la variable es obligatoria, de lo contrario se inactiva
Estridor	ESTRIDOR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Apnea	APNEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cianosis	CIANOSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Vómito Postusivo	VOMITO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones	COMPLICACI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tipo de complicación	TIP_COM	1	Texto	1 = Convulsiones 2 = Atelectasia 3 = Neumotórax 4 = Neumonía 5 = Otro	NO	Opcional dependiente de 7.8, en opción 1
Tratamiento antibiótico	TTO_ANT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tipo de antibiótico	TIP_ANT	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 8.1, opción 1
Duración del tratamiento (días)	DUR_TTO	2	Texto	Numérico	NO	Opcional dependiente de 8.1, opción 1
Fecha de inicio de investigación	FEC_II	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La variable no debe aceptar valores inferiores a la fecha de consulta

Tosferina (Cod. 800)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Antecedente materno	ANTEC_MATE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de de aplicación para el antecedente materno de la vacuna TadP	FEC_TADP_M	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	Dependiente de "Antecedente materno" en opción 1=Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 293 de 472

Tuberculosis (Cod. 815)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	Se calcula a partir de la fecha de consulta
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de tuberculosis	TIP_TUB	1	Texto	1 = Pulmonar 2 = Extrapulmonar	SI	

Tuberculosis (Cod. 815)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	LOCTBREXTR	2	Texto	1 = Pleural 2 = Meningea 3 = Peritoneal 4 = Ganglionar 5 = Renal 7 = Intestinal 8 = Osteoarticular 9 = Genitourinaria 10 = Pericardica 11 = Cutánea 12 = Otra	NO	
Según ingreso	CLASCASO	1	Texto	1 = Nuevo 2 = Tras recaída 3 = Tras fracaso 4 = Paciente recuperado tras pérdida al seguimiento 5 = Otros pacientes previamente tratados	SI	
Tiene cicatriz de vacuna de BCG	CIC_VCG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tiene vacuna BCG registrada en carnet	VCNBCGCN	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Semanas de gestación	NUMSEMGEST	2	Texto	Semanas entre 1 y 42	NO	Dependiente de 7.3 en opción 1
¿Es trabajador del area de la salud?	TRAB_SALUD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ocupación del trabajador del area de la salud	NOMB_OCUPA	40	Texto	Texto	NO	Dependiente de ¿Es trabajador del area de la salud? En la opción 1=Sí
Presenta diagnostico confirmado previo de VIH/Sida	PREV_VIH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Se realizo consejería pre-test de VIH	CONSPREVIH	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Presenta diagnostico previo de VIH" en opción 2=No
Se realizo prueba para diagnostico de VIH	PRUEBDIAGN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Presenta diagnostico previo de VIH" en opción 2=No

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 295 de 472

Tuberculosis (Cod. 815)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Terapia preventiva con trimetropin sulfa/cotrimoxazol	TER_PREV_T	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	
Recibe tratamiento antirretroviral	TRAT_ANTIR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	
Peso actual (Kg)	PESO_ACT	5	Numérico	>=2.0 and <=250.0	SI	
Talla (m)	TALLA_ACT	4	Numérico	>=0.20 AND <=2.5	SI	
IMC (Índice de masa corporal)	IMC	6	Numérico	Variable automática a partir de la siguiente fórmula= peso / (talla) ² El resultado incluye decimale	SI	
Inicio de tratamiento	INI_TRAT	1	Texto	1=Si 2=No	SI	
Fecha inicio de tratamiento	F_INITRAT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	
Baciloscopia	BACILOSCOP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de toma de baciloscopia	FCHBACI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1, en opción 1
Resultado baciloscopia	RES_BK	1	Texto	1 = Negativa 2 = Una Cruz (+) 3= Dos Cruces (++) 4 = Tres Cruces(+++)	NO	Dependiente de 8.1, en opción 1
Fecha de resultado de baciloscopia	FCH_REBAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1 El valor registrado no debe ser inferior a la fecha de toma de baciloscopia 8.1.1
Cultivo	REA_CUL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 296 de 472

Tuberculosis (Cod. 815)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de realización	FCHCULTIVO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1.4, en opción 1 puede dejar pasar si no se tiene el dato
Resultado cultivo	RESCULTIVO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de 8.1.4, en opción 1, puede dejar pasar si no se tiene el dato
Fecha de resultado de cultivo	FCH_RECUL	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1.4, en opción 1 El valor registrado no debe ser inferior a la fecha de realización de cultivo 8.1.5 puede dejar pasar si no se tiene el dato
Resultado del cultivo	RES_CULT	1	Texto	1 = Positivo Entre 1 y 20 colonias BAAR 2 = (+) 21 A 100 COLONIAS BAAR 3 = (++) MÁS DE 100 COLONIAS BAAR 4 = (+++) COLONIAS BAAR CONFLUENTES 5 = Cultivo Negativo 6 = Contaminado 7 = En proceso	NO	
Histopatología	HISTOPATOL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de realización	FCHHISTO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1.8 en opción 1
Resultado histopatología	RESHISTOPA	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de 8.1.8 en opción 1 puede dejar pasar si no se tiene el dato

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 297 de 472


Tuberculosis (Cod. 815)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de resultado de histopatología	FCH_REHIS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1.8 en opción 1 El valor registrado no debe ser inferior a la fecha de realización de histopatología 8.1.9 puede dejar pasar si no se tiene el dato
Se utilizó prueba molecular para la confirmación de caso	PRUEB_MOLE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Nombre de la prueba molecular utilizada	NOM_PMOLEC	1	Texto	1 = Sistema cerrado de PCR en tiempo real 2 = Amplificación e Hibridación de sondas en línea 3 = Otra	NO	Depende de "Se utilizó prueba molecular para la confirmación de caso" en la opción 1=Si
Especie identificada	ESP_PMOLEC	30	Texto	Texto	NO	Depende de "Se utilizó prueba molecular para la confirmación de caso" en la opción 1=Si
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Cuadro clínico	CLI_PTA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Nexo epidemiológico	NEX_EPI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Radiológico	REDIOLOGIC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Adenosina deaminasa (ADA)	ADA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 298 de 472

Tuberculosis (Cod. 815)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso. tuberculina	TUBERCULIN	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Resultado de la prueba para diagnostico de VIH	RES_PRUVIH	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Pendiente	NO	Dependiente de "Se realizó prueba para diagnostico de VIH" en opción 1=Sí
Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Silicosis	SILICOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Enfermedad renal	ENFE_RENAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 299 de 472

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo TB	TIPO_TB	1	Texto	1= Pulmonar 2= Extrapulmonar	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 300 de 472

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Localización	LOCALIZA	2	Texto	1 = Pleural 2 = Meningea 3 = Peritoneal 4 = Ganglionar 5 = Renal 7 = Intestinal 8 = Osteoarticular 9 = Genitourinaria 10 = Pericardica 11 = Cutánea 12 = Otra	NO	Dependiente de la variable "Tipo TB" en la opción 2 =extrapulmonar
Otra Localización Cuál?	OTR_LOCAL	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de la variable "localización" en la opción 12= otra
Clasificación del caso según antecedente de tratamiento	CLAS_ANT	1	Texto	1 = Nuevo 2 = Previamente tratado	SI	
Clasificación del caso según tipo de medicamentos recibidos	CLAS_MED	1	Texto	1 = Tratado con medicamentos de 1a línea 3 = No ha recibido medicamentos de primera y segunda línea 4 = Tratado con medicamentos de primera y segunda línea	SI	Si selecciona en la variable "Clasificación del caso según antecedente de tratamiento" la opción 2= previamente tratado, no aplica la opción 3 de esta variable
Clasificación caso según condición de ingreso	CLAS_ING	2	Texto	10 = Tras recaída 11 = Paciente con tratamiento después de perdida al seguimiento 12 = Tras fracaso 9 = No aplica	NO	
Fecha de confirmación del caso	FEC_CONF	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	Valor mayor o igual a la fecha de consulta
Configuración bacteriológica del caso. Realiza Baciloscopia	BACIOSC	1	Texto	1= Si 2= No	SI	

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado de la baciloscopia	RES_BACI	1	Texto	1= Una Cruz (+) 2= Dos Cruces (++) 3= Tres Cruces(+++) 4= Negativa	NO	Dependiente de "realiza baciloscopia" en la opción 1=si
Fecha de Bk	FEC_BK	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "realiza baciloscopia" en la opción 1=si. Menor a la fecha de confirmación del caso
Laboratorio que realiza la baciloscopia	LAB_BK	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de "realiza baciloscopia" en la opción 1=si
Realiza Cultivo	CULTIVO	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Fecha de siembra del cultivo	F_SIEMBRA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "realiza cultivo" en la opción 1=si Mayor o igual a la fecha de BK
Fecha de resultado del cultivo	F_RES_CULT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "realiza cultivo" en la opción 1=si. Mayor a la fecha de siembra del cultivo
Resultado del cultivo	RES_CULT	1	Texto	1 = Positivo Entre 1 y 20 colonias BAAR 2 = (+) 21 A 100 COLONIAS BAAR 3 = (++) MÁS DE 100 COLONIAS BAAR 4 = (+++) COLONIAS BAAR CONFLUENTES 5 = Cultivo Negativo 6 = Contaminado 7 = En proceso	NO	Dependiente de "realiza cultivo" en la opción 1=si En opción 5 ó 6 deshabilitar "PSF" y asignarle la opción 6=en proceso

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 302 de 472

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Realiza prueba de sensibilidad (PSF)	PSF	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Depende de "Resultado del cultivo" en opción diferente de 5 ó 6
Laboratorio que realiza la PSF	LAB_PSF	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si
Fecha de resultado de la PSF	F_RES_PSF	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Debe ser mayor o igual a la fecha de siembra de cultivo
Resultado PSF	RES_PSF	1	Texto	1= Resistencia a uno o varios fármaco(s) 2= No viable 3= No interpretable 4= Contaminado 5= En proceso	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=sí. Si es=2,3 ó 4 deshabilita "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" y todas sus subdivisiones. En la opción 5= (en proceso) deshabilita también estas variables y asigna el valor 5.
Realiza PSF a Fármacos de primera Línea	PSF_1_LINE	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de resultado (PSF) en la opción 1=Resistencia a uno o varios fármaco(s)
Resultado Medicamento al cual es resistente Primera Línea S : Estreptomina	ESTREPTOMI	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Depende de "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" en opción 1=si

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 303 de 472

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado Medicamento Primera Linea H: Isoniazida	ISONIAZIDA	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Depende de "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" en opción 1=si
Resultado Medicamento Primera Linea R: Rifampicina	RIFAMPI	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Depende de "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" en opción 1=si
Resultado Medicamento Primera Linea E: Etambutol	ETAMBUTOL	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Depende de "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" en opción 1=si
Resultado Medicamento Primera Linea Z: Pirazinamida	PIRAZINAMI	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Depende de "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" en opción 1=si
Realiza PSF de segunda Línea	PSF_2_LINE	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de resultado (PSF) en la opción 1=Resistencia a uno o varios fármaco(s)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 304 de 472

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación de caso según tipo de resistencia	TIPO_RESIS	1	Texto	1 = Monorresistencia 2 = MDR 3 = Polirresistencia 4 = XDR (Extensivamente resistente) 6 = En proceso de clasificación 7 = Resistencia a Rifampicina RR 8 = Resistencia a pre XDR	SI	Variable automática de acuerdo a la siguiente clasificación de las variables tipo de resistencia: 1=Monorresistente: selecciona resistencia a un solo medicamento. 2=MDR: si selecciona resistencia a RH simultáneamente. Puede tener resistencia a la totalidad d
Metodología utilizada Nitrato reductasa	NITRATO	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Metodología utilizada Proporciones LJ	PROPOR_LJ	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Metodología utilizada Bactec MGIT	MGIT_960	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Metodología utilizada Proporciones en Agar	P_AGAR	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Metodología utilizada Prueba molecular	P_MOLEC	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Nombre de la prueba molecular	NOM_PMOLEC	1	Texto	1 = GenExper 2 = Genotype 3 = Otra	NO	Depende de "Metodología utilizada Prueba molecular" en opción 1=Si
Tiene Factores de Riesgo	FACT_RIESG	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
factores de riesgo Contacto de paciente farmacorresistente	CONTAC_PAC	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
factores de riesgo Farmacodependencia (alcohol, tabaco y/o drogas)	FARMACOD	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
factores de riesgo Otros factores inmunosupresores	OTR_INMUNO	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 305 de 472

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
factores de riesgo Ha vivido en áreas de alta carga de TB Farmacorresistente	VIV_TBFAR	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
factores de riesgo Tratamiento irregular por más de un mes	TRAT_IRRE	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
Factores de riesgo Tratamiento con menos de tres medicamentos	MENOS3MED	1		1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
factores de riesgo Otros factores de riesgo	OTRO_FR	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
Cuál otro factor de riesgo?	CUAL_OFR	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de la variable "tiene otros factores de riesgo" en la opción 1=si
Coomorbilidades - condiciones especiales	COOM_CESP	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Coomorbilidades. Diabetes	DIABETES	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades .Silicosis	SILICOSIS	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades .Enfermedad renal	E_RENAL	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades EPOC	EPOC	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Coomorbilidades Enfermedad hepática	E_HEPAT	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades Cáncer	CANCER	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades Artritis reumatoide	ARTRITIS	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades Desnutrición	DESNUTR	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)	VIH	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades Otras	OTR_COOM	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Cual otra Coomorbilidad?	CUAL_COOM	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades Otras" en la opción 1=si
Asesoría	CONSEJERIA	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de si en "Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)" selecciona la opción 2=No.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 307 de 472

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Prueba voluntaria para VIH	PR_VOL_VIH	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de si en "Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)" selecciona la opción 2=No.
Hay coinfección TB - VIH/SIDA	COINF_VIH	1	Texto	1= Si 2= No 3= Desconocido	NO	Dependiente de si en "Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)" selecciona la opción 2=No.
Terapia preventiva con Trimetropin sulfá /cotrimoxazol	TRIMETRO	1	Texto	1= Si 2= No 3= Desconocido	NO	Dependiente de si en "Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)" selecciona la opción 1=si. ó si en la variable "Hay coinfección TB - VIH/SIDA" selecciona opción 1=si
Tratamiento ARV (Antirretroviral)	TRAT_ARV	1	Texto	1= Si 2= No 3= Desconocido	NO	Dependiente de si en "Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)" selecciona la opción 1=si. ó si en la variable "Hay coinfección TB - VIH/SIDA" selecciona opción 1=si
Sem. gestac	SEM_GEST	2	Numérico	Rango 0 - 42	NO	Depende de datos básicos "grupo poblacional gestante" en Opción 1=Si
Peso actual (Kg)	PESO_ACT	5	Numérico	>=2 AND <=250.0	SI	
Talla (m)	TALLA_ACT	4	Numérico	>=0.20 AND <=2.50	SI	
IMC (Índice de masa corporal)	IMC	5	Numérico	Variable automática a partir de la siguiente fórmula= peso / (talla) ² El resultado incluye decimales	SI	
Observaciones y seguimiento	OBSERV	150	Texto	Observaciones y seguimiento del caso	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 308 de 472

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado Medicamento al cual es resistente Segunda Linea Q : Quinolonas	QUINOLAS	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si
Resultado Medicamento al cual es resistente Segunda Linea I : Inyectables	INYECTABLE	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si
Resultado Nitrato reductasa	RES_NITRAT	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Metodología utilizada Nitrato reductasa" en opción 1=Sí
Resultado proporciones LJ	RES_PROPOR	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Metodología utilizada Proporciones LJ" en opción 1=Sí
Resultado Bactec MGIT	RES_BATECM	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Metodología utilizada Bactec MGIT" en opción 1=Sí
Resultado Proporciones en Agar	RES_PRO_AG	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Metodología utilizada Proporciones en Agar" en opción 1=Sí
Resultado Prueba molecular	RES_PR_MOL	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Metodología utilizada Prueba molecular" en opción 1=Sí
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 309 de 472

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 310 de 472

Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 311 de 472

Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Mecanismo probable de transmisión	MEC_PRO_T	2	Texto	1 = Heterosexual 2 = Homosexual 3 = Bisexual 4 = Materno infantil 5 = Transfusión sanguínea 6 = Uso de drogas IV 7 = Accidente de trabajo 9 = Transplante de órganos 10 = Peircing 11 = Hemodiálisis 12 = Tatuajes 13 = Centro estético 14 = Acupuntura	SI	
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	40	Texto	Nombre y apellido de la madre	NO	Dependiente de "Mecanismo probable de transmisión" en opción 4
Tipo Identificación (madre)	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	NO	Dependiente de "Mecanismo probable de transmisión" en opción 4
Número Identificación (madre)	NUM_IDE_MA	17	Texto	Número del documento señalado.	NO	Dependiente de "Mecanismo probable de transmisión" en opción 4
Identidad de género	IDE_GENERO	1	Texto	M = Masculino F = Femenino T = Transgénero	SI	
Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación	DONO_SANGR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de donación	FEC_DONACI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación" en opción 1 = Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 312 de 472

Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Institución donde realizó la donación	INST_DONAC	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación" en opción 1 = Sí
Tipo de prueba con la cual se confirmó el diagnóstico	TIP_PRU	1	Texto	1 = Western Blot 2 = Carga Viral 3 = Prueba rápida 4 = Elisa	NO	Opción 1 válida solo para mayores de 18 meses Opción 2 válida solo para menores de 18 meses
Recibió asesoría pre prueba	ASE_PRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Recibió asesoría post prueba	ASE_POST	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de Resultado	FEC_RES	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Valor de la carga viral en número de copias	VAL_RES	9	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Tipo de prueba con la cual se confirmó el diagnóstico" en opción 2 = Carga viral
Estado clínico del paciente al momento de la notificación	EST_CLI	1	Texto	1 = VIH 2 = Sida 3 = Muerto	SI	La opción 3 solo aplica si en datos básicos la condición final del caso es 2= muerto
Número de hijos menores de 5 años hombres	HIJ_18H	2	Texto	Numérico	SI	
Número de hijos menores de 5 años mujeres	HIJ_18M	2	Texto	Numérico	SI	
¿Embarazo?	EMBARAZO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica para sexo femenino
Indique el número de semanas de embarazo al diagnóstico	SEM_EMB	2	Texto	De 0 a 45	NO	Opción Dependiente de "Embarazo" en opción 1 = sí

Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Candidiasis Esofágica	CAN_ESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida, Muerto)
Candidiasis de las Vías Aéreas	CAN_VA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Tuberculosis Pulmonar	TUB_PUL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Cáncer Cervical Invasivo	CAN_CER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Tuberculosis Extrapulmonar	TUB_EXP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Coccidioidomicosis	COCCIDIODO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Citomegalovirus	CITOMEGALO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Retinitis por Citomegalovirus	REN_CIT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Encefalopatía por VIH	ENCEFALOPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Otras micobacterias	OTRAS_MICR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Histoplasmosis Extrapulmonar	HIS_EXT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 314 de 472


Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Isosporidiasis Crónica	ISO_CRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Herpes Zoster en múltiples dermatomas	ERP_ZOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Histoplasmosis Diseminada	HIS_DIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Linfoma de Burkitt	LIN_BUR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Neumonía por Pneumocistis	NEU_PNE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Neumonía Recurrente	NEU_REC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Linfoma Inmunoblastico	LIN_INM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Criptosporidiasis Crónica	CRI_CRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Criptococcosis Extrapulmonar	CRI_EXT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Sarcoma de Kaposi	SAR_KAP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Síndrome de Emaciación	SIN_EMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 315 de 472

Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Leucoencefalopatía Multifocal	LEU_MUL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Septicemia Recurrente por salmonera	SEP_REC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Toxoplasmosis Cerebral	TOX_CER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Hepatitis B	HEP_B	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Hepatitis C	HEP_C	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Meningitis	MENINGITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
CD4 menor de 200	CD4	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 316 de 472

Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Población clave	POB_CLAVE	1	Texto	1 = Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) 2 = Mujeres trabajadoras sexuales 3 = Población privada de la libertad 4 = Mujer Transgénero 5 = Habitante de calle 6 = Personas que se inyectan drogas (PID)	NO	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 – 01 – 06

Página 317 de 472

Vigilancia en salud pública de las violencias de género (Cod. 875)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 318 de 472

Vigilancia en salud pública de las violencias de género (Cod. 875)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Modalidad	NATURALEZA	2	Texto	1= Violencia Física 2= Violencia Psicológica 3= Negligencia y Abandono	NO	
Actividad	ACTIVIDAD	2	Texto	13 = Líderes(as) cívicos 24 = Estudiante 26 = Otro 28 = Trabajadora doméstica 29 = Trabajo sexual 30 = Campesino/a 31 = Ama/o de casa 32 = Persona que cuida a otras 33 = Ninguna	SI	
Situación o condición de vulnerabilidad - Consumidor de sustancia Psicoactivas (SPA)	CONSUM_SPA	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Situación o condición de vulnerabilidad - Mujer cabeza de familia	MUJER_CABF	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Antecedente de violencia	ANTEC	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Edad aparente del agresor(a)	EDAD_AGRE	2	Numérico	>=5 AND <= 99	NO	
Sexo del agresor (a)	SEXO_AGRE	2	Texto	M = Masculino F = Femenino SD = Sin información	SI	
Relación o parentesco del agresor con la víctima Familiar	R_FAM_VIC	2	Texto	9 = Padre 10 = Madre 22 = Pareja 23 = Ex-pareja 24 = Familiar 25 = Ninguno	NO	Debe existir por lo menos una variable diligenciada que dé cuenta de la relación con el agresor, ya sea familiar, no familiar ó de otro grupo
Convive con el agresor	CONV_AGRE	1	Texto	1= Si 2= No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 319 de 472

Vigilancia en salud pública de las violencias de género (Cod. 875)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agresor no familiar	R_NOFILIAAR	2	Texto	1= Profesor (a) 2= Amigo (a) 3= Compañero (a) de trabajo 4= Compañero (a) de estudio 6= Desconocido (a) 7=Vecino (a) 8=Conocido (a) sin ningún trato 10 = Otro 11 = Jefe 12 = Sacerdote/Pastor 13 = Servidor (a) Público	NO	Dependiente de "Relación o parentesco del agresor con la víctima Familiar" en la opción 21= Otros Debe existir por lo menos una variable diligenciada que dé cuenta de la relación con el agresor, ya sea familiar, no familiar ó de otro grupo
Mecanismo utilizado para la agresión	ARMAS	2	Texto	1 = ahorcamiento/estrangulamiento/sofocación 2 = Caídas 3 = Contundente y cortocotundente 4 = Cortante, cortopunzante, punzante 11 = proyectil arma de fuego 12 = Quemaduras por fuego o llama 13 = Quemaduras por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas 14 = Quemadura por líquido hirviendo 15 = otros mecanismos 16 = Sustancias de uso doméstico que causan irritación	NO	Dependiente si la variable "Modalidad" es 1= Violencia física
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - cara	QUE_CARA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - cuello	QUE_CUELLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 320 de 472

Vigilancia en salud pública de las violencias de género (Cod. 875)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - manos	QUE_MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - pies	QUE_PIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - pliegues (axila, antecubital, popliteo etc)	QUE_PLIEGU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - Genitales	QUE_GENITA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - tronco	QUE_TRONCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - Miembro superior (excluye mano)	QUE_MIESUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - Miembro inferior (excluye pie)	QUE_MIEINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
En caso de quemadura, clasificación del grado	CLA_GRA	1	Texto	1 = Primer grado 2 = Segundo grado 3 = Tercer grado	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
En caso de quemadura clasificación de la extensión	EXT_QUE	1	Texto	1 = menor o igual a 5% 2 = 6%-14% 3 = mayor o igual a 15%	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Presencia de alcohol u otra sustancia en la Víctima	SUST_VICT	1	Texto	1= Sí 2= No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 321 de 472

Vigilancia en salud pública de las violencias de género (Cod. 875)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del hecho	FEC_HECHO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	La fecha del hecho debe ser anterior o igual a la fecha de consulta
Hora del hecho	HORA_HECHO	4	Hora	HH:MM (formato hora militar)	SI	
Escenario	ESCENARIO	2	Texto	1 = Vía Pública 2 = Vivienda 3 = Centros educativos 4 = Oficina o Edificio de Oficinas 7 = Otro 8 = Establecimiento Comercial (tienda, centro comercial, almacén, plaza de mercado) 9 = Espacios terrestres al aire libre (Bosque, potrero, playa, etc) 10 = Lugares de esparcimiento con expendio de alcohol	SI	
Hecho violento en el marco del conflicto armado	ZONA_CONF	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Acciones en salud Profilaxis ITS - VIH	SP_ITS	1	Texto	1= Si 2= No	NO	No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3 No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12
Acciones en salud Profilaxis Hepatitis B	PROF_HEP_B	1	Texto	1= Si 2= No	NO	No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3 No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12
Acciones en salud Profilaxis Otras ITS	PROF_OTRAS	1	Texto	1= Si 2= No	NO	No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3 No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 322 de 472

Vigilancia en salud pública de las violencias de género (Cod. 875)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Acciones en salud Anticoncepción de emergencia	AC_ANTICON	1	Texto	1= Si 2= No	NO	No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3 No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12
Acciones en salud Orientación IVE	AC_IVE	1	Texto	1= Si 2= No	NO	No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3 No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12
Acciones en salud Atención en salud mental	AC_MENTAL	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Acciones en salud Remisión a protección	REMIT_PROT	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Acciones en salud Informe a la Autoridad competente	INF_AUT	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Recolección de evidencia médico legal	EVI_MLEGAL	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de "Violencia sexual" en opciones 4,6, 7, 10 y 14
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA 2014 o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	


Vigilancia en salud pública de las violencias de género (Cod. 875)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Violencia sexual	NAT_VIOSEX	2	Texto	4= Abuso sexual 5= Acoso sexual 6= Violación 7=Explotación sexual comercial de niños niñas y adolescentes 10=Trata de personas para explotación sexual 12= Actos sexuales con uso de la fuerza 14 = Otros actos sexuales (desnudez, esterilización/planificación forzada, mutilación)	NO	
Orientación sexual	ORIENT_SEX	2	Texto	1 = Homosexual 2 = Bisexual 3 = Transexual 4 = Otra	SI	
Identidad de Género	IDENT_GENE	2	Texto	1 = Masculino 2 = Femenino 3 = Transgénero 4 = Intergénero 5 = Otro	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 324 de 472

Vigilancia en salud pública de las violencias de género (Cod. 875)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ámbito de la violencia según lugar de ocurrencia	AMBITO_LUG	2	Texto	1 = Escolar 2 = Laboral 3 = Institucional 4 = Virtual 5 = Comunitario 6 = Hogar 7 = Otros ámbitos	SI	
Tipo de grupo perpetrador de la violencia	TIPO_GRUPO	2	Texto	1 = Miembro de la fuerza pública 2 = Miembro de un grupo armado ilegal	NO	Dependiente de "¿Hecho violento ocurrido en el marco del conflicto armado?" en opción 1 = Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 325 de 472

Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Lesiones encontradas Laceración	LACERACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Lesiones encontradas Contusión	CONTUSION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Quemadura	QUEMADURA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Quemadura - cara	QUE_CARA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - cuello	QUE_CUELLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - mano	QUE_MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - pie	QUE_PIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - pliegues (axila, antecubital, popliteo etc)	QUE_PLIEGU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - región genital	QUE_GENITA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - tronco	QUE_TRONCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - Miembro superior (excluye mano)	QUE_MIESUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - Miembro inferior (excluye pie)	QUE_MIEINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
En caso de quemadura, clasificación del grado	CLA_GRA	1	Texto	1 = Primer grado 2 = Segundo grado 3 = Tercer grado	NO	Depende de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=si

Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
En caso de quemadura clasificación de la extensión	EXT_QUE	1	Texto	1 = menor o igual a 5% 2 = 6%-14% 3 = mayor o igual a 15%	NO	Depende de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=si
Lesiones encontradas Amputación	AMPUTACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Amputación - dedos de la mano	AMP_DEDMAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - mano	AMP_MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - antebrazo	AMP_ANTEBR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - brazo	AMP_BRAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - muslo	AMP_MUSLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - pierna	AMP_PIERNA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - pie	AMP_PIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - dedos del pie	AMP_DEDPPIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - múltiples	AMP_MULTIP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Daño ocular	DAÑ_OCU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Daño ocular Ojo izquierdo	OJO_IZQ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Daño ocular" en opción 1=Sí
Daño ocular Ojo derecho	OJO_DER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Daño ocular" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Daño auditivo	DAÑ_AUD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Daño auditivo oído izquierdo	OIDO_IZQ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Daño auditivo" en opción 1=Sí
Daño auditivo oído derecho	OIDO_DER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Daño auditivo" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Fracturas	FRACTURAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fracturas Huesos del cráneo	FRA_CRANEO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas Huesos de la mano	FRA_HUEMAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas Cubito	FRA_CUBITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas Radio	FRA_RADIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas Húmero	FRA_HUMERO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas Femur	FRA_FEMUR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1

Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fracturas tibia	FRA_TIBIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas peroné	FRA_PERONE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas huesos del pie	FRA_HUEPIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas reja costal	FRA_REJA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas múltiples	FRA_MULTIP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas otros huesos	FRA_OTROSH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Lesiones encontradas Vía aérea	VIA_AER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Abdomen	ABDOMEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Otro	OTRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
¿Cuál otra lesión?	CUAL	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Lesiones encontradas Otro", en opción 1
Tipo de artefacto que produjo la lesión	ARTEF_LESI	1	Texto	1 = Artefactos pirotécnicos 2 = Mina antipersonal 3 = Municiones sin explotar 4 = Otros materiales explosivos	SI	

Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de artefacto pirotécnico	ARTEFACTO	2	Texto	1 = Cohetes 2 = Globos 3 = Pito 4 = Totes 5 = Volcanes 6 = Voladores 7 = Luces de bengala 8 = Juegos pirotécnicos para exhibiciones y eventos 9 = Sin dato 10 = Otro	NO	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opción 1=Artefactos pirotécnicos
¿Cuál otro artefacto pirotécnico?	OTR_ART_PI	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Tipo de artefacto pirotécnico", en opción 10
Hubo consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas previamente a la lesión por pólvora Lesionado	CON_ALC_LE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opción 1=Artefactos pirotécnicos
Si es menor de edad, hubo consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas previamente a la lesión por pólvora de los adultos acompañantes	CON_ALC_AC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opción 1=Artefactos pirotécnicos y de si es menor de edad según lo registrado en datos básicos
Lugar del evento	LUG_OCU	1	Texto	1 = Vivienda 2 = Vía pública 3 = Parque público 4 = Lugar de tabajo 5 = Zona rural 6 = Sin dato 7 = Otro	SI	

Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Circunstancias asociadas al evento	CIR_SOCIAL	1	Texto	1 = Celebraciones sociales fiestas locales o nacionales 2 = manifestaciones marchas protestas y bloqueos 3 = Asociadas al conflicto armado 4 = Acciones de delincuencia común 5 = Durante actividades de desminado 6 = Durante actividades laborales 7 = Sin dato	SI	
Actividad en que se presentó el evento - pólvora pirotécnica	ACT_POLVOR	1	Texto	1 = Almacenamiento 2 = Transporte 3 = Fabricación 4 = Manipulación 5 = Venta 6 = Observador 7 = Otro	NO	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opción 1
¿Cuál otra actividad?	OTR_AC_POL	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Actividad en que se presentó el evento - pólvora pirotécnica", en opción 7
Actividad en que se presentó el evento - artefactos explosivos, minas antipersonal y municiones sin explotar	ACT_MINAS	1	Texto	1 = Transito 2 = Contacto 3 = Actividades de desminado 4 = Actividades de erradicación de cultivos 5 = Otro	NO	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opciones 2,3,4
¿Cuál otra actividad?	OTR_AC_MIN	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Actividad en que se presentó el evento - minas antipersonal, municiones sin explotar y artefactos explosivos" en opción 5

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 332 de 472

Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 333 de 472

Tracoma (Cod. 305)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 334 de 472

Tracoma (Cod. 305)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tiempo en la residencia actual	T_EN_RESID	1	Texto	1 = Menor 5 años 2 = Entre 5 y 15 años 3 = 15 años y más	SI	
Historia de cirugía de triquiasis previa	TRIQ_PREVI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuál ojo?	OJO_CIRUGI	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NO	Dependiente de "Historia de cirugía de triquiasis previa" en opción 1=Sí
Ojo derecho ¿Cuál párpado?	PAR_OJODER	1	Texto	1 = Párpado superior 2 = Párpado inferior 3 = Ambos	NO	Dependiente de "Cuál ojo?" en opción 1 o 3
Ojo izquierdo ¿Cuál párpado?	PAR_OJOIZQ	1	Texto	1 = Párpado superior 2 = Párpado inferior 3 = Ambos	NO	Dependiente de "Cuál ojo?" en opción 2 o 3
Presencia de cicatrices en la mucosa tarsal	CIC_MUCOSA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Presencia de cicatrices en la mucosa tarsal - cuál ojo?	CIC_MUC_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NO	Dependiente de "Presencia de cicatrices en la mucosa tarsal" en opción 1=sí
Evidencia de depilación párpado superior	DEP_PARSUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Evidencia de depilación párpado superior - cuál ojo?	DEP_PS_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NO	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado superior" opción 1 = Si
Evidencia de depilación párpado superior - Ojo derecho	PEST_PS_OD	1	Texto	0 = No hay evidencia 1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NO	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado superior" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Evidencia de depilación párpado superior - cuál ojo?" opción 1 = Derecho o 3 = Ambos

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 335 de 472

Tracoma (Cod. 305)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Evidencia de depilación párpado superior - Ojo izquierdo	PEST_PS_OI	1	Texto	0 = No hay evidencia 1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NO	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado superior" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Evidencia de depilación párpado superior - cuál ojo?" opción 2 = Izquierdo o 3 = Ambos
Evidencia de depilación párpado inferior	DEP_PARINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Evidencia de depilación párpado inferior - cuál ojo?	DEP_PI_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NO	Dependiente de respuesta variable "Evidencia de depilación párpado inferior" opción 1 = Si
Evidencia de depilación párpado inferior - Ojo derecho	PEST_PI_OD	1	Texto	0 = No hay evidencia 1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NO	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado inferior" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Evidencia de depilación párpado inferior - cuál ojo?" opción 1 = Derecho o 3 = Ambos
Evidencia de depilación párpado inferior - Ojo izquierdo	PEST_PI_OI	1	Texto	0 = No hay evidencia 1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NO	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado inferior" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Evidencia de depilación párpado inferior - cuál ojo?" opción 2 = Izquierdo o 3 = Ambos
¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior?	PEST_GO_PS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Tracoma (Cod. 305)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior - cuál ojo?	PEGO_PS_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NO	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior?" opción 1 = Si
Número de Pestañas en contacto con el globo ocular, párpado superior - ojo derecho	PEGO_PS_OD	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NO	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior?" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior - cuál ojo?" opción 1 = Derecho o 3 = Ambos
Número de Pestañas en contacto con el globo ocular, párpado superior - ojo izquierdo	PEGO_PS_OI	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NO	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior?" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior - cuál ojo?" opción 2 = Izquierdo o 3 = Ambos
¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior?	PEST_GO_PI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior - cuál ojo?	PEGO_PI_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NO	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior?" opción 1 = Si

Tracoma (Cod. 305)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número de Pestañas en contacto con el globo ocular, párpado inferior - ojo derecho	PEGO_PI_OD	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NO	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior?" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior - cuál ojo?" opción 1 = Derecho o 3 = Ambos
Número de Pestañas en contacto con el globo ocular, párpado inferior - ojo izquierdo	PEGO_PI_OI	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NO	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior?" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior - cuál ojo?" opción 2 = Izquierdo o 3 = Ambos
¿Pestañas tocando la córnea?	PESTCORNEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Pestañas tocando la córnea - cuál ojo?	PES_COR_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NO	Dependiente de respuesta variable "Pestañas tocando la córnea" opción 1 = Si
Número de Pestañas tocando la córnea - ojo derecho	PES_COR_OD	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NO	Dependiente de respuesta variable "Pestañas tocando la córnea" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Pestañas tocando la córnea - cuál ojo?" opción 1 = Derecho o 3 = Ambos

Tracoma (Cod. 305)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número de Pestañas tocando la córnea - ojo izquierdo	PES_COR_OI	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NO	Dependiente de respuesta variable "Pestañas tocando la córnea" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Pestañas tocando la córnea - cuál ojo?" opción 2 = izquierdo o 3 = Ambos
Opacidad Corneal	OPC_CORNEA	1	Texto	1 = Ojo derecho 2 = Ojo izquierdo 3 = Ambos 4 = No presenta	SI	
Engrosamiento del párpado	ENG_PARPAD	1	Texto	1 = Ojo derecho 2 = Ojo izquierdo 3 = Ambos 4 = No presenta	SI	
Pestañas mal posicionadas	PES_MALPOS	1	Texto	1 = Ojo derecho 2 = Ojo izquierdo 3 = Ambos 4 = No presenta	SI	
Sensación de Cuerpo Extraño	CUERPO_EXT	1	Texto	1 = Ojo derecho 2 = Ojo izquierdo 3 = Ambos 4 = No presenta	SI	
Fotofobia	FOTOFOBIA	1	Texto	1 = Ojo derecho 2 = Ojo izquierdo 3 = Ambos 4 = No presenta	SI	
Medida de Agudeza Visual - ojo derecho	AGUDEZA_OD	6	Texto	Texto	SI	El valor del numerador es 20, siendo fijo; y el denominador va desde el 20 al 200
Medida de Agudeza Visual - ojo izquierdo	AGUDEZA_OI	6	Texto	Texto	SI	El valor del numerador es 20, siendo fijo; y el denominador va desde el 20 al 200

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 339 de 472

Tracoma (Cod. 305)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 340 de 472

Meningitis (Cod. 535)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 341 de 472

Meningitis (Cod. 535)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de agente bacteriano	TIPO_AGENT	1	Texto	1 = Haemophilus influenzae 2 = Neisseria meningitidis 3 = Streptococcus pneumoniae 4 = Otros	SI	
Vacuna anti Hib	ANT_HIB	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dosis anti Hib	DOSIS_HIB	1	Texto	(NUMERICO VALORES ENTRE 1-3)	NO	Dependiente de "Vacuna anti Hib" en opción 1 = Sí
Primera dosis anti Hib	PRI_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacuna anti Hib" en opción 1 = Sí La variable admite valores superiores a la fecha de nacimiento
Última dosis anti Hib	ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacuna anti Hib" en opción 1 = Sí La variable admite valores superiores a la fecha de la primera dosis de la vacuna
Tiene carné anti Hib	CARNE_HIB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Vacuna anti Hib" en opción 1 = Sí, si es así, este campo es obligatorio
Vacuna anti meningococo	MENINGOCOC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dosis anti meningococo	DOS_MEN	1	Texto	(NUMERICO VALORES ENTRE 1-2)	NO	Dependiente de "Vacuna anti meningococo" en opción 1 = Sí, si así es, este campo es obligatorio


 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 342 de 472

Meningitis (Cod. 535)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Primera dosis anti meningococo	PRI_MEN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacuna anti meningococo" en opción 1 = Sí, si así es, este campo es obligatorio. La variable admite valores superiores a la fecha de nacimiento
Última dosis anti meningococo	ULT_MEN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacuna anti meningococo" en opción 1 = Sí, si así es, este campo es obligatorio La variable admite valores superiores a la fecha de la primera dosis de la vacuna
Tiene carné anti meningococo	CARNE_MEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Vacuna anti meningococo" en opción 1 = Sí, si así es, este campo es obligatorio Si la opción es igual a Uno este campo es obligatorio
Vacuna anti neumococo	NEUMOCOCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dosis anti neumococo	DOS_NEU	1	Texto	(NUMERICO VALORES ENTRE 1-2)	NO	Dependiente de "Vacuna anti neumococo" en opción 1 = Sí, si es así, este campo es obligatorio
Primera dosis anti neumococo	PRI_NEU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacuna anti neumococo" en opción 1 = Sí, si es así, este campo es obligatorio

Meningitis (Cod. 535)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Última dosis anti neumococo	ULT_NEU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacuna anti neumococo" en opción 1 = Sí, si es así, este campo es obligatorio La variable admite valores superiores a la fecha de la primera dosis de la vacuna
Tiene carné anti neumococo	CARNE_NEU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Vacuna anti neumococo" en opción 1 = Sí, si es así, este campo es obligatorio
Signos y síntomas Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas Rigidez nuca	RIG_NUCA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas Signos de irritación meníngea	IRRI_MEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas Rash Purpurico o petequeal	RASH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas Abombamiento Fontanelas	AFONTANELA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas Alteración de la conciencia	ALT_CON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Uso antibióticos la última semana	USO_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cual?	QUAL_ANTIB	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Uso antibióticos la última semana" en opción 1 = Sí, si así es, este campo es obligatorio

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 344 de 472

Meningitis (Cod. 535)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha ultima dosis	FEC_UD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Uso antibióticos la última semana" en opción 1 = Sí, si así es, este campo es obligatorio
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 345 de 472

Cáncer en menores de 18 años (Cod. 115)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	Se calcula a partir de la fecha de consulta
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación (paciente)	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad	SI	Pacientes menores de 18 años, no debe permitir el ingreso de: CC o AS.
Número Identificación (paciente)	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 346 de 472

Cáncer en menores de 18 años (Cod. 115)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de Cáncer	TIPO_CA	2	Texto	1 = Leucemia Linfoide Aguda 2 = Leucemia Mieloide Aguda 3 = Otras Leucemias 4 = Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales 5 = Tumores del sistema nervioso central 6 = Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas 7 = Retinoblastoma 8 = Tumores Renales 9= Tumores Hepáticos 10 = Tumores Óseos malignos 11 = Sarcomas de tejidos blandos y extraóseos 12 = Tumores germinales, trofoblásticos, y otros gonadales 13 = Tumores epiteliales malignos y melanoma 14 = Otras neoplasias malignas no especificadas	SI	
Consulta actual por segunda neoplasia	CONSX2_NEO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Recaída	RECAIDA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Criterio de diagnóstico probable	CRIT_DX_PR	1	Texto	1 = Extendido de sangre periférica 2 = Radiología diagnóstica 3 = Gammagrafía 4 = Marcadores tumorales 5 = Clínica sin otra ayuda diagnóstica	SI	


Cáncer en menores de 18 años (Cod. 115)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de toma	FEC_TOMADP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Criterio de diagnóstico probable" en opción diferente 5
Fecha de resultado	FEC_RES_DP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Criterio de diagnóstico probable" en opción diferente 5
Criterio de confirmación del diagnóstico	CRIT_DX_DE	1	Texto	1 = Mielograma 2 = Histopatología o citología de fluido corporal 3 = Inmunotipificación 4 = Criterio médico especializado 5 = Certificado de defunción 7 = Citogenética 8 = Radiología diagnóstica	NO	Aplica solo para casos con clasificación inicial 3 (confirmado por laboratorio) o para ajuste 3 o 6
Fecha de toma	FEC_TOMADD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Aplica solo para casos con clasificación inicial 3 (confirmado por laboratorio) o para ajuste 3 o 6 Dependiente de "Criterio de confirmación del diagnóstico" en opción diferente de 4 y de 5
Fecha de resultado	FEC_RES_DD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Aplica solo para casos con clasificación inicial 3 (confirmado por laboratorio) o para ajuste 3 o 6

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 348 de 472

Cáncer en menores de 18 años (Cod. 115)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Fecha en la que diagnosticó por primera vez la enfermedad	FEC_DIAG1A	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Habilitada solo cuando se notifique una recaída, segundo tumor o muerte por cáncer
Nombre del oncólogo tratante	NOM_ONCOLO	100	Texto	Texto	NO	
Teléfono del oncólogo tratante	TEL_ONCOLO	12	Texto	Texto	NO	Alfanumérico - Mínimo 7 dígitos y máximo 12 en caso de tener extensión
Otro teléfono de contacto	TEL_CONT_2	12	Texto	Texto	SI	Alfanumérico - Mínimo 7 dígitos y máximo 12 en caso de tener extensión
Métodos diagnóstico	METHOD_DIAG	30	Texto	Texto	NO	1 = criterio de diagnóstico probable 2 = criterio de confirmación del diagnóstico

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 349 de 472

Cáncer en menores de 18 años (Cod. 115)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	Texto	1 = Estr. 1 2 = Estr. 2 3 = Estr. 3 4 = Estr. 4 5 = Estr. 5 6 = Estr. 6	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 350 de 472

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación de la notificación	CLAS_NOTIF	1	Texto	1 = Caso de agresión o contacto por un APTR 2 = Caso probable o confirmado de rabia humana	SI	
Tipo de Agresión ó Contacto	TIP_AGR	1	Texto	1 = Mordedura 2 = Arañazo / Rasguño 3 = Lamedura de mucosa o piel lesionada por Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva o baba infectada con virus rábico 6 = Contacto de piel lesionada o mucosa con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rábico 7 = Inhalación en ambientes cargados con virus rábico (aerosoles) 8 = Trasplantes de organos o tejidos infectados con virus rábico	SI	
Provocada	AGR_PRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tipo de Lesión	TIP_LES	1	Texto	1 = Única 2 = Múltiple	NO	
Profundidad	PROFUN	1	Texto	1 = Superficial 2 = Profunda	NO	
Localización anatómica Cabeza, Cara, Cuello	CCC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Localización anatómica Manos- Dedos	MAN_DED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 352 de 472

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Localización anatómica Tronco	TRONCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Localización anatómica Miembros Superiores	MIE_SUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Localización anatómica Miembros Inferiores	MIE_INF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Localización anatómica Pies - dedos	PIES_DEDOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Localización anatómica Genitales externos	GENIT_EXT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Fecha de la Agresión o contacto	FEC_EXP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Especie agresora	ESP_ANI	2	Texto	1 = Perro 2 = Gato 3 = Bovino 4 = Equino 5 = Porcino (Cerdo) 7 = Murciélago 8 = Zorro 9 = Mico 10 = Humano 11 = Otros domésticos 12 = Otros silvestres 13 = Ovino - caprino 14 = Grandes roedores 15 = Pequeños roedores	SI	Cuando se digiten las opciones 3,4,5,7,8,9,10,11y 12 se desactiva las variables Vacunado, Fecha de vacunación y Presento carnet de vacunación
Vacunado	ANT_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NO	Cuando la especie del animal agresor sea marcada como 3,4,5,7,8,9,10, 11 y 12 se desactiva esta variable
Fecha de vacunación	FECHA_VAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Cuando la especie del animal agresor sea marcada como 3,4,5,7,8,9,10, 11 y 12 se desactiva esta variable

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Presento carnet de vacunación	CAR_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Cuando la especie del animal agresor sea marcada como 3,4,5,7,8,9,10, 11 y 12 se desactiva esta variable
Nombre del propietario o responsable del agresor	NOM_PRO	30	Texto	Texto	NO	
Dirección del propietario o responsable del agresor	DIR_PRO	30	Texto	Texto	NO	
Teléfono del propietario	TEL_PRO	40	Texto	Texto	NO	
Estado del animal al momento de la agresión o contacto	EST_MA	1	Texto	1 = Con signos de rabia 2 = Sin signos de rabia 3 = Desconocido	NO	
Ubicación	UBICACION	1	Texto	1 = Observable 2 = Perdido 3 = Muerto	NO	
Clasificación de la exposición	TIP_EXP	1	Texto	0= No exposición 1 = Exposición leve 2 = Exposición grave	SI	En el caso que la persona digite las opciones 7, 8, 9 y 12 de la variable "Especie agresora", debe crearse un filtro para que se verifique que el tipo de exposición sea GRAVE. Si por alguna razón la persona clasificó como no ex
Suero antirrábico	SUE_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe	SI	
Fecha de aplicación	FEC_APL	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Suero antirrábico" en opción 1, en este caso tampoco debe ser un campo obligatorio
Vacuna antirrábica	VAC_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe	SI	



Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Numero de dosis	NUM_DOS	3	Numérico	Numérico	NO	Dependiente de "Vacuna antirrábica" en opción 1=Sí, en este caso tampoco debe ser un campo obligatorio
Fecha de ultima dosis	F_ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacuna antirrábica" en opción 1=Sí, en este caso tampoco debe ser un campo obligatorio
Lavado de herida con agua y jabón	LE_AGU_JAB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Sutura de la Herida	SUT_HER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Ordenó Suero antirrábico	APL_SA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ordenó aplicación Vacuna	APL_VAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Hiporexia	HIPOREXIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Vomito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Paresias	PARESIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Parestesias	PARESTESIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Odinofagia	ODINOFAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: arreflexia/hiporreflexia	ARREFLEXIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Alucinaciones o delirios de persecución	PSICOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	



Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y síntomas: fascies de terror	FASCIES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Sialorrea	SIALORREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Aerofobia	AEROFOBIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Hidrofobia	HIDROFOBIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Episodios de tranquilidad alternos con episodios de excitación	TRANQ_EXCI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Depresión	DEPRESION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Hiperexcitabilidad	HIPEREXITA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Agresividad	AGRESIVIDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Espasmos musculares	ESPASMOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Convulsiones	CONVULSION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Parálisis	PARALISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Crisis respiratorias	CRIS_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Coma	COMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Paro cardiorrespiratorio	PARO_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Prueba diagnóstica confirmatoria	PR_DIAG_CO	1	Texto	1 = IFD 2 = Prueba Biológica 3 = Histopatología 4 = Inmunohistoquímica	NO	
Resultado	RESULTADO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Inadecuado 4 = Pendiente	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 356 de 472

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Identificación variante	ID_VARIANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Pendiente	NO	
Variante identificada	VAR_IDENTI	1	Texto	1 = Uno 3 = Tres 4 = Cuatro 5 = Cinco 8 = Ocho 9 = atípica 0 = Otra	NO	Depende de "Identificación variante" en opción 1= si
Variante identificada cual otra	OTRA_V_CUA	30	Texto	Texto	NO	Depende de "Variante identificada" en opción 0 = otra
Fecha resultado positivo de laboratorio	FEC_RESPOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 357 de 472

Malaria (Cod. 465)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Vigilancia activa	VIG_ACTIVA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 358 de 472

Malaria (Cod. 465)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sintomático	SINTOMATIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Clasificación del caso según origen	CLAS_CASO	1	Texto	1 = Autoctono 2 = Importado	SI	
Nuevo	NUEVO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Recrudescencia	RECRUDECE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Trimestre de gestación	TRIMESTRE	1	Texto	1 = Primer trimestre 2 = segundo trimestre 3 = Tercer trimestre	NO	Depende de la variable Grupo poblacional - gestante de datos básicos en la opción 1= sí

Malaria (Cod. 465)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tratamiento antimalarico suministrado	TRATAMIENT	2	Texto	1 = ARTHEMETER+LUMEFANTRINE 2 = CLOROQUINA + PRIMAQUINA 3 = CLOROQUINA 5 = QUININA ORAL 6 = QUININA INTRAVENOSA 7 = ARTESUNATO INTRAVENOSO 8 = OTRO 9 = ARTESUNATO RECTAL 10 = QUININA ORAL + CLINDAMICINA + PRIMAQUINA 11 = QUININA ORAL+DOXICICLINA + PRIMAQUINA 12 = ARTHEMETER+LUMEFANTRINE + PRIMAQUINA 13 = QUININA INTRAVENOSO + CLINDAMICINA 14 = QUININA INTRAVENOSO+DOXICICLINA 15 = QUININA ORAL+ CLINDAMICINA 16 = SIN TRATAMIENTO	SI	
Fecha de inicio de tratamiento	F_INI_TRAT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	
Tipo de examen	TIPOEXAMEN	4	Texto	GG PDR PCR OTRA	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 360 de 472

Malaria (Cod. 465)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Valor Recuento	RECUESTO	10	Numérico	Numérico	SI	
Gametocitos	GAMETOCITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicación?	COMPLICACI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicación cerebral	COM_CEREBR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación renal	COM_RENAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación hepática	COM_HEPATI	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación pulmonar	COM_PULMON	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación hematológica	COM_HEMATO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación Otras	COM_OTRAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Especie de Plasmodium	ESP_PLA	1	Texto	1 = P. Vivax 2 = P. Falciparum 3 = P. Malarie 4 = Mixta	SI	
Responsable del diagnostico	RESP_DIAG	30	Texto	Texto	SI	
Resultado del examen	RESULT_EXA	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	SI	
Fecha de resultado	FEC_RESULT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA 2014 o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno

Malaria (Cod. 465)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 362 de 472

Intoxicaciones (Cod. 365)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Intoxicaciones (Cod. 365)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Grupo de sustancias	GRUPO_SUST	1	Texto	1 = medicamentos 2 = plaguicidas 3 = metanol 4 = metales pesados 5 = solventes 6 = otras sustancias químicas 7 = gases 8 = sustancias psicoactivas	SI	
Código del producto	COD_SUST	4	Texto	Según tabla de referencia	SI	
Nombre del Producto	NOM_PRO	254	Texto	Nombre químico del producto que produjo la intoxicación.	SI	Dependiente de "Código del producto" en opción 9999=Otras
Tipo de Exposición	TIP_EXP	2	Texto	1 = Ocupacional 2 = Accidental 3 = Intencional Suicida 4 = Intencional Homicida 6 = Delictiva 8 = Desconocida 9 = Intencional psicoactivo/Adicción 10 = Automedicación/autoprescripción	SI	La opción 6 solo aplican para las intoxicaciones por sustancias psicoactivas, medicamentos y otras sustancias químicas
Lugar donde se produjo la intoxicación	LUGAR_EXPO	1	Texto	1 = Hogar 2 = Establecimiento educativo 3 = Establecimiento militar 4 = Establecimiento comercial 5 = Establecimiento penitenciario 6 = Lugar de trabajo 7 = Via pública 8 = Bares/Tabernas/Discootecas	SI	
Fecha de exposición	FEC_EXP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 364 de 472

Intoxicaciones (Cod. 365)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hora	HOR_EXP	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	Tiene que utilizar el formato de la hora militar
Vía de Exposición	VIA_EXP	1	Texto	1 = Respiratoria 2 = Oral 3 = Dérmica/Mucosas 4 = Ocular 5 = Desconocida 6 = Parenteral (intramuscular, intravenosa, subcutánea, intraperitoneal) 8 = Transplacentaria	SI	
Escolaridad	ESCOLARIDA	2	Texto	1 = PREESCOLAR 2 = BÁSICA PRIMARIA 3 = BÁSICA SECUNDARIA 4 = MEDIA ACADÉMICA O CLÁSICA 5 = MEDIA TÉCNICA 6 = NORMALISTA 7 = TÉCNICA PROFESIONAL 8 = TECNOLÓGICA 9 = PROFESIONAL 10 = ESPECIALIZACIÓN 11 = MAESTRÍA 12 = DOCTORADO 13 = NINGUNO 14 = SIN INFORMACIÓN	SI	
Afiliado a A.R.P.	AFI_ARP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Código Administradora Riesgos Profesionales ARP	COD_ARP	6	Texto	Código Administradora Riesgos Profesionales	NO	Dependiente de "Afiliado a A.R.P.", en opción 1=Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 365 de 472

Intoxicaciones (Cod. 365)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado Civil	EST_CIV	1	Texto	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Unión Libre 4 = Viudo 5 = Divorciado	SI	
El caso hace parte de un brote	PARTE_BROT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Número de casos de este brote	NUM_CAS_BR	7	Texto	Cantidad de casos del brote	NO	Dependiente de "El caso hace parte de un brote" en opción 1 = Sí.
Situación de alerta	SIT_ALE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Si "Gestantes" es 1 en datos básicos, este campo debe ser 1
Se tomaron muestras de toxicología	MUEST_TOXI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tipo de muestras solicitada	TIPO_MUEST	2	Texto	1 = Sangre Total, 2 = Orina 4 = Tejido 13 = Suero 15 = Alimentos 17 = Agua 18 = Vómito 23 = Cabello 25 = Bebida alcohólica 26 = Sedimentos 27 = Suelo 28 = Aire 29 = Envase/Empaque 30 = Otro 32 = Uñas	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1 = Sí
Prueba	PRUEBA	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1=Sí
Resultado de la prueba toxicológica	RESULT_PRU	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1=Sí
Fecha investigación epidemiológica brote	FEC_INV_BR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "El caso hace parte de un brote" en opción 1 = sí



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 – 01 – 06

Página 366 de 472

Intoxicaciones (Cod. 365)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 367 de 472

Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Código de la enfermedad	COD_ENFERM	5	Texto	Según tabla de referencia	SI	

Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nivel educativo	NIVEL_EDUC	2	Texto	1 = Preescolar 2 = Básica Primaria 3 = Básica Secundaria 4 = Media Académica o Clásica 5 = Media Técnica Bachillerato Técnico 6 = Normalista 7 = Técnica Profesional 8 = Tecnológica 9 = Profesional 10 = Especialización 11 = Maestría 12 = Doctorado 13 = Ninguno	SI	
Trabajador urbano	TRAB_URBAN	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Trabajador rural	TRAB_RURAL	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Jóvenes vulnerables rurales	JOV_VUL_RU	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Jóvenes vulnerables urbanos	JOV_VUL_UR	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – el sistema nervioso	DIS_SISNER	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – los ojos	DIS_OJOS	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – los oídos	DIS_OIDOS	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	DIS_OTRSEN	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – la voz y el habla	DIS_VOZHAB	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – el sistema cardiorrespiratorio y las defensas	DIS_CARDIO	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – la digestión, el metabolismo, las hormonas	DIS_DIGEST	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 369 de 472

Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Discapacitado – el sistema genital y reproductivo	DIS_SISGEN	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	DIS_MOVIMI	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – la piel	DIS_PIEL	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – otra	DIS_OTRA	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
No definido	NO_DEFINID	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de diagnóstico de la enfermedad	FEC_DIAGNO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Cuál prueba de laboratorio?	PRUEBA_LAB	100	Texto	Texto	NO	Solo aplica si en datos básicos la clasificación inicial del caso o el ajuste es "Confirmado por laboratorio"
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 370 de 472

Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 371 de 472

VIH - Bancos de sangre (Cod. 855)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 372 de 472

VIH - Bancos de sangre (Cod. 855)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado inmunoblot	RES_INMUNO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Indeterminado	SI	
Ausencia de antígeno	AUS_ANTIGE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No realiza	NO	Dependiente de "Resultado inmunoblot" en opciones 2 y 3
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 373 de 472

VIH - Bancos de sangre (Cod. 855)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 374 de 472

Hepatitis B - Bancos de sangre (Cod. 339)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Hepatitis B - Bancos de sangre (Cod. 339)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Marcador (es) reactivo (s) en el banco de sangre	MARC_REACT	1	Texto	1 = HBsAg 2 = Anti-HBc 3 = HBsAg + Anti-HBc	SI	
Neutralización HBsAg / NAT	NEUTR_HBS	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Indeterminado	NO	Dependiente de "Marcador (es) reactivo (s)" en opción es 1=HBsAg
Anti HBc IgM	ANTI_HBC	1	Texto	1 = Reactivo 2 = No reactivo	NO	Dependiente de "Marcador (es) reactivo (s)" en opción es 2 = Anti HBC
Anti HBsAg	ANTI_HBSAG	5	Texto	>= 0	NO	Dependiente de "Anti HBc IgM" en opción 2 = No reactivo
Interpretación	INTERPRETA	1	Texto	1 = Falso Reactivo HBsAg 2 = Posible infección Hepatitis B 3 = Donante Diferido	SI	Dependiente de "Anti HBsAg" en opción diferente de 0
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Anti HBsAg" en opción diferente de 0
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	

Hepatitis B - Bancos de sangre (Cod. 339)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de Última Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 377 de 472

Hepatitis C - Bancos de sangre (Cod. 344)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 378 de 472

Hepatitis C - Bancos de sangre (Cod. 344)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
PCR/NAT	PCR_NAT	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = No se realiza	SI	
Resultado inmunoblot	RES_INMUNO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Indeterminado	NO	Dependiente de "PCR/NAT" en opciones 2 y 4
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Resultado inmunoblot" en opción 1 o 3, si es que aplica esa variable Dependiente de "PCR/NAT" en opción 1 o 3
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 379 de 472

Hepatitis C - Bancos de sangre (Cod. 344)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 380 de 472

Enfermedad de chagas - Bancos de sangre (Cod. 207)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

Enfermedad de chagas - Bancos de sangre (Cod. 207)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de prueba	TIPO_PRUEB	1	Texto	1 = IFI (Inmunofluorecencia indirecta) 2 = Segundo Tamizaje (configuración Diferente)	SI	
IFI	IFI	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Tipo de prueba" en opción 1 = IFI
Segundo Tamizaje (configuración Diferente)	SEG_TAMIZA	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Tipo de prueba" en opción 2 = Segundo Tamizaje (configuración Diferente)
Resultado inmunoblot	RES_INMUNO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Indeterminado	NO	Dependiente de IFI en opción 2=Negativo o "Segundo tamizaje" en opción 2=Negativo
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Resultado inmunoblot" en opciones 1 y 3, si es que aplica esa variable Dependiente de "IFI" en opción 1=Positivo,si es que aplica esa variable Dependiente de "Segundo tamizaje" en opción 1=Positivo,si es que aplica esa variable
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 382 de 472

Enfermedad de chagas - Bancos de sangre (Cod. 207)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 383 de 472

Enfermedad de chagas - Bancos de sangre (Cod. 207)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 384 de 472

Sífilis - Bancos de sangre (Cod. 745)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de prueba	TIPO_PRUEB	1	Texto	1 = VDRL 2 = RPR	SI	

Sífilis - Bancos de sangre (Cod. 745)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
VDRL	VDRL	1	Texto	1 = Reactivo 2 = No Reactivo	NO	Dependiente de "Tipo de prueba" en opción 1=VDRL
RPR & M	RPR_M	1	Texto	1 = Reactivo 2 = No Reactivo	NO	Dependiente de "Tipo de prueba" en opción 2=RPR
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 386 de 472

Sífilis - Bancos de sangre (Cod. 745)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 387 de 472

Htlv - Bancos de sangre (Cod. 896)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	



Htlv - Bancos de sangre (Cod. 896)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado inmunoblot	RES_INMUNO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Indeterminado	SI	
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Resultado inmunoblot" en opciones 1 o 3
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual

Htlv - Bancos de sangre (Cod. 896)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 390 de 472

Malaria - Bancos de sangre (Cod. 467)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 391 de 472

Malaria - Bancos de sangre (Cod. 467)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Proceso de confirmación	PROC_CONFI	1	Texto	1 = P. Vivax 2 = P. Falciparumm 3 = Mixta	SI	
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

**PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 392 de 472

Malaria - Bancos de sangre (Cod. 467)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 393 de 472

Endometritis puerperal (Cod. 351)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	

Endometritis puerperal (Cod. 351)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complejidad del servicio quirúrgico	COMPL_SERV	1	Texto	1 = Baja 2 = Mediana 3 = Alta	SI	
Contexto del procedimiento	CONTE_PROC	1	Texto	1 = Programado ambulatorio 2 = Urgencia 3 = Trauma 4 = Programado hospitalizado	SI	
Procedimiento quirúrgico realizado	PROCEDIMIE	1	Texto	1 = Cesárea 2 = Herniorrafia con malla 3 = Parto 4 = Revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante 5 = Colectomía	SI	
Tipo de anestesia - Raquídea	ANEST_RAQU	1	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Tipo de anestesia - Peridural	ANEST_PERI	1	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Tipo de anestesia - General	ANEST_GENE	1	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Atención del parto	ATEN_PARTO	1	Texto	1 = Vaginal 2 = Cesárea	SI	
Fecha del parto	FEC_PARTO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Fecha de reingreso de la paciente por endometritis puerperal	FEC_REINGR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Reingreso" en opción 1=Sí
Fecha de identificación de la endometritis puerperal	FEC_ID_END	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

Endometritis puerperal (Cod. 351)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de endometritis puerperal	TIPO_ENDOM	1	Texto	1 = Post parto 2 = Cesárea	SI	Si "Atención del parto" es 1, entonces esta variable debe ser 1
Profilaxis antibiótica quirúrgica	PRF_ANTIB	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Profilácticas" en opción 1=sí
Cual antibiótico?	QUAL_ANTBI	40	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Sí
Tiempo en que se administró el antibiótico - Antes del procedimiento	TIEM_ANTES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Sí
Tiempo en que se administró el antibiótico - Durante el procedimiento	TIEM_DURAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Sí
Tiempo en que se administró el antibiótico - Después del procedimiento	TIEM_DESPU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Sí
Hubo estancia hospitalaria antes del procedimiento quirúrgico	ESTAN_HOSP	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Sin dato	SI	
días estancia hospitalaria antes del procedimiento quirúrgico o atención del parto	DIAS_ESTAN	2	Número	>=1	NO	Dependiente de "Hubo estancia hospitalaria antes del procedimiento quirúrgico" en opción 1 = Sí
Necesidad de hospitalización cuando se presentó la endometritis puerperal	NECES_HOSP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Días de hospitalización cuando se presentó la endometritis puerperal	DIAS_HOSPI	2	Número	>=1	NO	Dependiente de "Necesidad de hospitalización cuando se presentó la Endometritis puerperal" en opción 1=Sí
Hubo reusó de dispositivos durante el procedimiento quirúrgico	REUS_DISP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Endometritis puerperal (Cod. 351)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipos de elementos reutilizados - Lápiz de electro	REUT_LAPIZ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Hubo reusó de dispositivos durante el procedimiento quirúrgico" en opción 1=Sí
Tipos de elementos reutilizados - Cauchos de succión	REUT_CAUCH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Hubo reusó de dispositivos durante el procedimiento quirúrgico" en opción 1=Sí
Tipos de elementos reutilizados - Otros	REUT_OTROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Hubo reusó de dispositivos durante el procedimiento quirúrgico" en opción 1=Sí
Otro cuál?	OTRO_ELEME	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Tipos de elementos reutilizados - Otros" en opción 1=Sí
Reingreso	REINGRESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Inmunosuprimido	INMUNOSUPR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Obeso	OBESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cancer	CANCER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Desnutrición	DESNUTRICI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Preeclampsia	PRECLAMPSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Rotura de membrana	ROTURA_MEM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Anemia	ANEMIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Sedación	SEDACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Endometritis puerperal (Cod. 351)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Profilácticas	PROFILACTI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Terapéuticas	TERAPEUTIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Presuntiva	PRESUNTIVA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Soporte	SOPORTE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 398 de 472

Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	

Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complejidad del servicio quirúrgico	COMPL_SERV	1	Texto	1 = Baja 2 = Mediana 3 = Alta	SI	
Contexto del procedimiento	CONTE_PROC	1	Texto	1 = Programado ambulatorio 2 = Urgencia 3 = Trauma 4 = Programado hospitalizado	SI	
Procedimiento quirúrgico realizado	PROCEDIMIE	1	Texto	1 = Cesárea 2 = Herniorrafia con malla 4 = Revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante 5 = Colectomía 6 = Apendicectomía	SI	
Tipo de anestesia - Raquídea	ANEST_RAQU	1	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Tipo de anestesia - Peridural	ANEST_PERI	1	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Tipo de anestesia - General	ANEST_GENE	1	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Para la revascularización miocárdica hubo necesidad de circulación extracorpórea	CIRC_EXTRA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opción 4
Fecha del procedimiento quirúrgico	FEC_PROC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Fecha de reingreso del paciente por ISQ	FEC_RE_ISQ	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Reingreso" en opción 1=Si

Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de identificación de la infección de sitio quirúrgico	FEC_ID_INF	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Clasificación de asa	CLASIF_ASA	1	Texto	1 = ASA I 2 = ASA II 3 = ASA III 4 = ASA IV 5 = ASA V	SI	
Tipo de herida	TIPOHERIDA	1	Texto	1 = Limpia 2 = Limpia contaminada 3 = Herida contaminada 4 = Herida Sucia	SI	
Duración del procedimiento quirúrgico	DURAC_PROC	1	Texto	1 = Mayor de 2 horas 2 = Menor de 2 horas	SI	
Profilaxis antibiótica quirúrgica	PRF_ANTIB	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Profilácticas" en opción 1=Si
Cual antibiótico?	CUAL_ANTBI	180	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Si
Tiempo en que se administró el antibiótico - Antes del procedimiento	TIEM_ANTES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Si
Tiempo en que se administró el antibiótico - Durante el procedimiento	TIEM_DURAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Si
Tiempo en que se administró el antibiótico - Después del procedimiento	TIEM_DESPU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Si
Hubo estancia hospitalaria antes del procedimiento quirúrgico	ESTAN_HOSP	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Sin dato	SI	

Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
días estancia hospitalaria antes del procedimiento quirúrgico o atención del parto	DIAS_ESTAN	2	Número	>=1	NO	Dependiente de "Hubo estancia hospitalaria antes del procedimiento quirúrgico" en opción 1=Sí
Necesidad de hospitalización cuando se presentó ISQ	NECES_HOSP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Días de hospitalización cuando se presentó la ISQ	DIAS_HOSPI	2	Número	>=1	NO	Dependiente de "Necesidad de hospitalización cuando se presentó ISQ" en opción 1=Sí
Procedimiento laparoscopia	LAPAROSCOPIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opciones 2 y 5
Hubo reusó de dispositivos durante el procedimiento quirúrgico	REUS_DISP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tipos de elementos reutilizados - Elementos Laparoscópicos	REUT_LAPAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Hubo reusó de dispositivos durante el procedimiento quirúrgico" en opción 1=Sí No aplica cuando tipo de procedimiento es 1 = cesárea 0 4 = revascularización miocárdica
Tipos de elementos reutilizados - Lápiz de electro	REUT_LAPIZ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Hubo reusó de dispositivos durante el procedimiento quirúrgico" en opción 1=Sí
Tipos de elementos reutilizados - Cauchos de succión	REUT_CAUCH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Hubo reusó de dispositivos durante el procedimiento quirúrgico" en opción 1=Sí

Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipos de elementos reutilizados - Otros	REUT_OTROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Hubo reusó de dispositivos durante el procedimiento quirúrgico" en opción 1=Sí
Otro cuál?	OTRO_ELEME	40	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Tipos de elementos reutilizados - otros" en opción 1=Sí
NHSN (NNISS)	NHSN_NNISS	1	Númerico	>=0 AND <=3	SI	
Reingreso	REINGRESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Inmunosuprimido	INMUNOSUPR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Obeso	OBESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cancer	CANCER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Desnutrición	DESNUTRICI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Preeclampsia	PRECLAMPSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Rotura de membrana	ROTURA_MEM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Anemia	ANEMIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Sedación	SEDACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Profilácticas	PROFILACTI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Terapeúticas	TERAPEUTIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Presuntiva	PRESUNTIVA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Soporte	SOPORTE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Herniorrafia inguinal	HER_INGUIN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opción 2
Herniorrafia femoral	HER_FEMORA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opción 2
Herniorrafia umbilical	HER_UMBILI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opción 2
Herniorrafia de Spigel	HER_SPIEGE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opción 2
Herniorrafia epigástrica	HER_EPIGAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opción 2
Eventorrafia	EVENTORRAF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opción 2
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Superficial Primaria	SUP_PRIMAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Superficial Primaria - Cuántas?	N_SUP_PRIM	2	Texto	>=1 AND <=99	NO	Dependiente de "Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Superficial Primaria" en opción 1=Sí
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Superficial Secundaria	SUP_SECUND	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Superficial Secundaria - Cuántas?	N_SUP_SECU	2	Texto	>=1 AND <=99	NO	Dependiente de "Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Superficial Secundaria" en opción 1=Sí
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Profunda primaria	PROF_PRIMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Profunda primaria - Cuántas?	N_PROF_PRI	2	Texto	>=1 AND <=99	NO	Dependiente de "Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Profunda primaria" en opción 1=Sí
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Profunda secundaria	PROF_SECUN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Profunda secundaria - Cuántas?	N_PROF_SEC	2	Texto	>=1 AND <=99	NO	Dependiente de "Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Profunda secundaria" en opción 1=Sí
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Organo espacio	ORG_ESPACI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Organo espacio - Cuántas?	N_ORG_ESPA	2	Texto	>=1 AND <=99	NO	Dependiente de "Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Organo espacio" en opción 1=Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 405 de 472

Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA última versión o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 406 de 472

Intento de Suicidio (Cod. 356)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	

Intento de Suicidio (Cod. 356)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado civil	ESTADO_CIV	1	Texto	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Unión libre 4 = Separado 5 = Viudo	SI	
Asiste solo	ASISTE_SOL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Nombre del Acompañante	NOM_ACOMPA	80	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Asiste solo" en opción 2=No
Parentesco	PARENTESCO	1	Texto	1 = Padre 2 = Madre 3 = Hermano(a) 4 = Esposo(a) 5 = Hijo(a) 6 = Amigo(a) 7 = Otro	NO	Dependiente de "Asiste solo" en opción 2=No
Cuál parentesco?	CUAL_PAREN	12	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Parentesco" en opción 7=otro
Intentos previos	INTEN_PREV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Número de Intentos Previos	INTENTOS	1	Texto	1 = una vez 2 = dos veces 3 = tres veces 4 = más de tres veces 99 = Sin Dato	NO	Dependiente de "Intentos previos" en opción 1=Sí
Antecedente de situaciones estresantes - Muerte de un familiar	MUERTE_FAM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Problemas legales o sociales	PROB_LEGAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Conflictos recientes con la pareja	PROB_PAREJ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Consumo SPA	PROB_CONSU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antecedente de trastorno psiquiátrico	ANTEC_TRAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antecedentes familiares de conducta suicida	HIST_FAMIL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Intento de Suicidio (Cod. 356)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ideación suicida persistente	IDEA_SUICI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Pacto suicida	PACTO_SUIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Enfermedad crónica, dolorosa o discapacitante	ENFER_GRAV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Problemas económicos	PROB_ECONO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Trastorno Depresivo	TRAN_DEPRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=sí
Trastornos bipolar	TRANS_PERS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=sí
Esquizofrenia	ESQUIZOFRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=sí
Ahorcamiento o asfixia	AHORCAMIEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Elemento corto punzante	ARMA_CORTO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lanzamiento al vacío	LANZ_VACIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Arma de Fuego	ARMA_FUEGO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lanzamiento a Vehículo	LANZ_VEHIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Intoxicación / envenenamiento	INTOXICACI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Intento de Suicidio (Cod. 356)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de sustancia	TIPO_SUSTA	2	Texto	1 = medicamentos 2 = plaguicidas 3 = metanol 4 = metales pesados 5 = solventes 6 = otras sustancias químicas 7 = gases 8 = sustancias psicoactivas 99 = Sustancia Desconocida	NO	Dependiente de "Intoxicación / envenenamiento?" en opción 1=Sí
Otro mecanismo?	OTR_MECANI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuál mecanismo?	CUAL_MECAN	80	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Otro mecanismo?" en opción 1=Sí
Compromiso vital	COMPRO_VIT	1	Texto	1 = Bajo 2 = Medio 3 = Alto	SI	
Remision Psiquiatria	PSIQUIATRI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Remision psicología	PSICOLOGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Remision trabajo social	TRAB_SOCIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 410 de 472

Intento de Suicidio (Cod. 356)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Fecha de ocurrencia	FEC_OCURR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

Intento de Suicidio (Cod. 356)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Escolaridad	ESCOLARID	2	Texto	1 = PREESCOLAR 2 = BÁSICA PRIMARIA 3 = BÁSICA SECUNDARIA 4 = MEDIA ACADÉMICA O CLASICA 5 = MEDIA TÉCNICA 6 = NORMALISTA 7 = TÉCNICA PROFESIONAL 8 = TECNOLÓGICA 9 = PROFESIONAL 10 = ESPECIALIZACIÓN 11 = MAESTRÍA 12 = DOCTORADO 13 = NINGUNO 14 = SIN INFORMA	SI	
Suicidio familiar o amigo	SUICI_FM_A	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Problemas laborales	PROB_LABOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Trastornos de la personalidad	TRAST_PERS	1	Texto	1 = Sí 2 0 No	NO	Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=sí
Lanzamiento cuerpo de agua	LANZ_AGUA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Maltrato físico, psicológico o sexual	MALTR_FPS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antecedentes de violencia o abuso	ANTEC_V_A	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Inmolación	INMOLACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Escolar / Educativa	ESCO_EDUC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 412 de 472

Cáncer de la mama y cuello uterino (Cod. 155)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	

Cáncer de la mama y cuello uterino (Cod. 155)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de cáncer	TIPO_CANCE	1	Texto	1 = CA mama 2 = CA cuello uterino 3 = ambos	SI	
Fecha procedimiento confirmación diagnóstica	FEC_PRO_CO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Fecha resultado confirmación diagnóstica	FEC_RES_BI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Resultado biopsia	RES_BIOPS9	1	Texto	1 = Carcinoma Ductal 2 = Carcinoma lobulillar	NO	
Grado histopatológico	GRAD_HISTO	1	Texto	1 = In situ 2 = Infiltrante 3 = No indicado	NO	
Fecha toma muestra biopsia de exocervix y zona de transformación	FEC_TOMA_E	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Biopsia de exocervix y zona de transformación" en opción 1=Sí
Fecha resultado biopsia exocervix	FEC_RES_EX	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Biopsia de exocervix y zona de transformación" en opción 1=Sí
Biopsia de exocervix y zona de transformación	BIOP_EXOCE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	
Grado histopatológico	GRADO_HIST	1	Texto	1 = In situ 2 = Infiltrante 3 = No indicado	NO	
Biopsia de endocervix	BIOP_ENDOC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 414 de 472

Cáncer de la mama y cuello uterino (Cod. 155)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado biopsia endocervix adenocarcinoma	RES_B_ADEN	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Biopsia de endocervix" en opción 1=Sí
Resultado biopsia endocervix Grado histopatológico	RES_B_HIST	1	Texto	1 = In-situ 2 = Infiltrante 3 = No indicado	NO	Dependiente de "Biopsia de endocervix" en opción 1=Sí
Seguimiento tratamiento inicial del tumor	SEG_TRAT_I	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Radioterapia	RADIOTERAP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Quirúrgico	QUIRURGICO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Quimioterapia	QUIMIOTERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Hormonoterapia	HORMONOTER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Cuidados paliativos	CUID_PALIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Inmunoterapias	INMUNOTERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento fecha inicio tratamiento	FCH_SEG_TR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 415 de 472

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Mes	MES	2	Texto	>=1 AND <=12	SI	Este mes no debe aparecer de forma automática cuando se diligencie la fecha de notificación ya que no tiene ninguna relación con esta fecha. Esta casilla debe quedar libre para que el administrador digite esa información
Año	AÑO	4	Texto	>=2011	SI	Este año no debe aparecer de forma automática cuando se digite la fecha de notificación ya que no tiene ninguna relación con esta fecha. Esta casilla debe quedar libre para que el administrador digite esa información
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001. Incluye los códigos de las unidades notificadoras municipales, departamentales	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	



IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Consecutivo	NUM_CON	5	Númerico	Númerico	SI	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en el mes
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
No. de servicios UCI/A vigiladas en el mes	SER_UCI_A	2	Texto	>=1 AND <= 99	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. de camas UCI/A vigiladas en el mes	CAM_UCI_A	3	Texto	>=1 AND <= 999	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. Días paciente - UCI A	DIA_PAC_A	4	Texto	>= 1 AND <= 9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos - UCI A	N_ITSAC_A	2	Númerico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días dispositivo - UCI A	D_ITSAC_A	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ISTUAC. No. Casos nuevos - UCI A	N_ISTUA_A	2	Númerico	>=0 AND <=99	NO	
ISTUAC. No. Días dispositivo. - UCI A	D_ISTUA_A	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos - UCI A	N_NAV_A	2	Númerico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días dispositivo - UCI A	D_NAV_A	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
No. de servicios UCI/IA vigiladas en el mes	SER_UCI_IA	2	Texto	>=1 AND <= 99	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 417 de 472

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
No. de camas UCI/IA vigiladas en el mes	CAM_UCI_IA	3	Texto	>=1 AND <= 999	NO	
No. Días paciente - UCI IA	DIA_PAC_IA	4	Texto	>= 1 AND <= 9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos - UCI IA	N_ITSAC_IA	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días dispositivo - UCI IA	D_ITSAC_IA	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ISTUAC. No. Casos nuevos - UCI IA	N_ISTUA_IA	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ISTUAC. No. Días dispositivo. - UCI IA	D_ISTUA_IA	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos - UCI IA	N_NAV_IA	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días dispositivo - UCI IA	D_NAV_IA	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
No. de servicios UCI/P vigiladas en el mes	SER_UCI_P	2	Texto	>=1 AND <= 99	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. de camas UCI/P vigiladas en el mes	CAM_UCI_P	3	Texto	>=1 AND <= 999	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. Días paciente - UCI/P	DIA_PAC_P	4	Texto	>= 1 AND <= 9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos - UCI/P	N_ITSAC_P	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días dispositivo - UCI/P	D_ITSAC_P	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ISTUAC. No. Casos nuevos - UCI/P	N_ISTUA_P	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ISTUAC. No. Días dispositivo. - UCI/P	D_ISTUA_P	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos - UCI/P	N_NAV_P	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días dispositivo - UCI/P	D_NAV_P	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

PROCESO
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN
SALUD PÚBLICA

MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA
ANEXO 2
ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2017 - 01 - 06

Página 418 de 472

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
No. de servicios UCI/IP vigiladas en el mes	SER_UCI_IP	2	Texto	>=1 AND <= 99	NO	
No. de camas UCI/IP vigiladas en el mes	CAM_UCI_IP	3	Texto	>=1 AND <= 999	NO	
No. Días paciente - UCI/IP	DIA_PAC_IP	4	Texto	>= 1 AND <= 9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos - UCI/IP	N_ITSAC_IP	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días dispositivo - UCI/IP	D_ITSAC_IP	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ISTUAC. No. Casos nuevos - UCI/IP	N_ISTUA_IP	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ISTUAC. No. Días dispositivo. - UCI/IP	D_ISTUA_IP	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos - UCI/IP	N_NAV_IP	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días dispositivo - UCI/IP	D_NAV_IP	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
No. De servicios UCI/ N vigiladas en el mes	SER_UCI_N	2	Texto	>=1 AND <=99	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. de camas de UCI/ N vigiladas en el mes	CAM_UCI_N	3	Texto	>=1 AND <=999	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. Días paciente - UCI/ N	DIA_PAC_N	4	Texto	>=1 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos(1). UCI N (Peso al nacer <= 750 g)	N_C_N1_S_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días cateter central(1). UCI N (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_C1_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Días paciente(1). UCI N (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_P1_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	



IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
ITSAC. No. Casos nuevos(2). UCI N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_C_N2_S_N	2	Númérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días cateter central(2) (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_C2_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Días paciente(2). UCI N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_P2_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos(3). UCI N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_C_N3_S_N	2	Númérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días cateter central(3). UCI N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_C3_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Días paciente(3). UCI N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_P3_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos(4). UCI N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_C_N4_S_N	2	Númérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días cateter central(4). UCI N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_C4_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Días paciente(4). UCI N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_P4_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_C_N5_S_N	2	Númérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días cateter central(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_C5_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
ITSAC. No. Días paciente(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_P5_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(1). UCI N (Peso al nacer <= 750 g)	N_C_N1_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días cateter central(1). UCI N (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_C1_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(1). UCI N (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_P1_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(2). UCI N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_C_N2_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días cateter central(2). UCI N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_C2_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(2). UCI N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_P2_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(3). UCI N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_C_N3_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días cateter central(3). UCI N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_C3_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(3). UCI N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_P3_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(4). UCI N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_C_N4_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
NAV. No. Días cateter central(4). UCI N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_C4_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(4). UCI N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_P4_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_C_N5_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días cateter central(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_C5_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_P5_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
No. De servicios UCI/ I-N vigiladas en el mes	SER_UCI_IN	2	Texto	>=1 AND <=99	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. de camas de UCI/ I-N vigiladas en el mes	CAM_UCI_IN	3	Texto	>=1 AND <=999	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. Días paciente - UCI/ I-N	DIA_PAC_IN	4	Texto	>=1 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos(1). UCI /I-N (Peso al nacer <= 750 g)	N_C_N1_SIN	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días cateter central(1). UCI /I-N (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_C1_SIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Días paciente(1). UCI /I-N (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_P1_SIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos(2). UCI /I-N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_C_N2_SIN	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	



IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
ITSAC. No. Días cateter central(2) (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_C2_SIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Días paciente(2). UCI /I-N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_P2_SIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos(3). UCI /I-N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_C_N3_SIN	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días cateter central(3). UCI /I-N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_C3_SIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Días paciente(3). UCI /I-N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_P3_SIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos(4). UCI /I-N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_C_N4_SIN	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días cateter central(4). UCI /I-N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_C4_SIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Días paciente(4). UCI /I-N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_P4_SIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Casos nuevos(5). UCI /I-N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_C_N5_SIN	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ITSAC. No. Días cateter central(5). UCI /I-N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_C5_SIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ITSAC. No. Días paciente(5). UCI /I-N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_P5_SIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 423 de 472

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
NAV. No. Casos nuevos(1). UCI /I-N (Peso al nacer <= 750 g)	N_C_N1_VIN	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días cateter central(1). UCI /I-N (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_C1_VIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(1). UCI /I-N (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_P1_VIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(2). UCI /I-N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_C_N2_VIN	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días cateter central(2). UCI /I-N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_C2_VIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(2). UCI /I-N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_P2_VIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(3). UCI /I-N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_C_N3_VIN	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días cateter central(3). UCI /I-N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_C3_VIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(3). UCI /I-N (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_P3_VIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(4). UCI /I-N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_C_N4_VIN	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días cateter central(4). UCI /I-N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_C4_VIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
NAV. No. Días paciente(4). UCI /I-N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_P4_VIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(5). UCI /I-N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_C_N5_VIN	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días cateter central(5). UCI /I-N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_C5_VIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(5). UCI /I-N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_P5_VIN	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 425 de 472

Consumo de antibioticos (Cod. 354)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Mes	MES	2	Texto	>=1 AND <=12	SI	Este mes no debe aparecer de forma automática cuando se diligencie la fecha de notificación ya que no tiene ninguna relación con esta fecha. Esta casilla debe quedar libre para que el administrador digite esa información
Año	AÑO	4	Texto	>=2011	SI	Este año no debe aparecer de forma automática cuando se digite la fecha de notificación ya que no tiene ninguna relación con esta fecha. Esta casilla debe quedar libre para que el administrador digite esa información
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001. Incluye los códigos de las unidades notificadoras municipales, departamentales	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 426 de 472

Consumo de antibioticos (Cod. 354)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Consecutivo	NUM_CON	4	Texto	Numérico	SI	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en el mes
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Tipo servicio/unidad vigilada	TIPOS_VIGI	1	Texto	1 = UCI 2 = Servicios de hospitalización 3 = Ambos	SI	
No. total de camas de los servicios UCI/I-A	T_CAM_UCIA	5	Texto	>=1	NO	
No. Total de días-cama ocupada de los servicios UCI-A	T_DCO_UCIA	5	Texto	>=1	NO	
No. Total de días-cama disponible de los servicios UCI-A	T_DCD_UCIA	5	Texto	>=1	NO	
Proporción de ocupación de UCI-A	PRO_O_UCIA	6	Texto	>=0.00 AND <=1.00	NO	Campo calculado del total dias cama ocupada / total de dias disponible
No. total de gramos consumidos en el mes (Ceftriaxona) - UCI-A	G_CEF_UCIA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Ceftriaxona) - UCI-A	DDD_CEF_A	6	Texto		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)


 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 427 de 472

Consumo de antibioticos (Cod. 354)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
No. total de gramos consumidos en el mes (Imipenem) - UCI-A	G_IMI_UCIA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Imipenem) - UCI-A	DDD_IMI_A	6	Texto		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Meropenem) - UCI-A	G_MER_UCIA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Meropenem) - UCI-A	DDD_MER_A	6	Texto		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Piperacilina) _ UCI-A	G_PIP_UCIA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Piperacilina) - UCI-A	DDD_PIP_A	6	Texto		NO	(# de gramos consumidos mes / 14) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Vancomicina) - UCI-A	G_VAN_UCIA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Vancomicina) - UCI-A	DDD_VAN_A	6	Texto		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de camas de los servicios SH/I-A	T_CAM_SHA	5	Texto	>=1	NO	
No. Total de días-cama ocupada de los servicios SH-A	T_DCO_SHA	5	Texto	>=1	NO	

Consumo de antibioticos (Cod. 354)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
No. Total de días-cama disponible de los servicios SH-A	T_DCD_SHA	5	Texto	>=1	NO	
Proporción de ocupación de SH-A	PRO_O_SHA	6	Texto	>=0.00 AND <=1.00	NO	Campo calculado del total dias cama ocupada / total de dias disponible
No. total de gramos consumidos en el mes (Ceftriaxona) - SH-A	G_CEF_SHA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Ceftriaxona) - SH-A	DDD_CEF_S	6	Texto		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Ciprofloxacina Parenteral) - SH-A	G_CIPP_SHA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Ciprofloxacina Parenteral) - SH-A	DDD_CIPP_S	6	Texto		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 0,5) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. Total de gramos consumidos en el mes (Ciprofloxacina enteral) - SH-A	G_CIPE_SHA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Ciprofloxacina enteral) - SH-A	DDD_CIPE_S	6	Texto		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 0,5) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Imipenem) - SH-A	G_IMI_SHA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Imipenem) - SH-A	DDD_IMI_S	6	Texto		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 429 de 472

Consumo de antibioticos (Cod. 354)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
No. total de gramos consumidos en el mes (Meropenem) - SH-A	G_MER_SHA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Meropenem) - SH-A	DDD_MER_S	6	Texto		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Piperacilina) _ SH-A	G_PIP_SHA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Piperacilina) - SH-A	DDD_PIP_S	6	Texto		NO	(# de gramos consumidos mes / 14) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Vancomicina) - SH-A	G_VAN_SHA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Vancomicina) - SH-A	DDD_VAN_S	6	Texto		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 430 de 472

Consumo de antibioticos (Cod. 354)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 431 de 472

Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años (Cod. 591)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Primer Nombre de la madre o cuidador	PRI_NOM_MA	30	Texto	Texto	SI	

Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años (Cod. 591)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Segundo nombre de la madre o cuidador	SEG_NOM_MA	30	Texto	Texto	NO	
Primer apellido de la madre o cuidador	PRI_APE_MA	30	Texto	Texto	SI	
Segundo apellido de la madre o cuidador	SEG_APE_MA	30	Texto	Texto	NO	
Tipo de identificación madre	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número identificación de la madre o cuidador	NUM_IDE_MA	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Estado civil de la madre o cuidador	ESTADO_CIV	1	Texto	1 = Soltera 2 = Casada 3 = Unión libre 4 = Viuda 5 = Separada	SI	
Nivel Educativo de la madre o cuidador	NIV_EDUCAT	1	Texto	1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Técnica 4 = Universitaria 5 = Ninguna	NO	
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	Texto	1 = Estr. 1 2 = Estr. 2 3 = Estr. 3 4 = Estr. 4 5 = Estr. 5 6 = Estr. 6	NO	
Ocupación de la madre o cuidador	OCUPACION	4	Texto	Código de la ocupación de la madre, según la codificación vigente. (Clasificación internacional uniforme de ocupaciones - CIUO 88).	SI	

Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años (Cod. 591)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sitio de defunción	SITIO_DEF	1	Texto	1 = IPS (hospital/clínica) 2 = IPS (centro de salud/puesto de salud) 3 = Vía Pública 4 = Durante el traslado 5 = Domicilio 6 = Otro	SI	
Peso al nacer	PESO_NAC	4	Texto	>=900 AND <=5000	NO	
Talla al nacer	TALLA_NAC	4	Texto	>= 30.0 AND <= 55.0	NO	2 enteros y 1 decimal
Edad gestacional al nacer	EDAD_GES	2	Texto	>= 0 AND <= 45	NO	
Tiempo durante el cual el menor recibió leche materna (MESES)	T_LECHE_MA	4	Numérico	Numérico	SI	
Edad de inicio de la alimentación complementaria (MESES)	E_COMPLEM	4	Numérico	Numérico	SI	
Inscrito en crecimiento y desarrollo	CREC_DLLO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Peso actual kgm	PESO_ACT	4	Numérico	>=1.0 AND <= 30.0	NO	2 enteros y 1 decimal
Talla actual o longitud actual cm	TALLA_ACT	5	Numérico	>=45.0 AND <= 120.0	NO	3 enteros y 1 decimal
Esquema de vacunación completo a la edad	ESQ_VAC	1	Texto	1= Si 2= No 3= Desconocido	SI	
Referido por carné de vacunación	CARNE_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	
Clasificación actual Peso/Edad	CLAS_PESO	1	Texto	1 = Peso muy bajo para la edad o desnutrición global severa 2 = Peso bajo para la edad o desnutrición global 3 = Riesgo de bajo peso para la edad 4 = Peso adecuado para la edad	SI	

Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años (Cod. 591)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación actual Talla-Longitud/Edad	CLAS_TALLA	1	Texto	1 = Talla baja para la edad o retraso en talla 2 = Riesgo de baja talla 3 = Talla adecuada para la edad	SI	
Clasificación actual Peso/Talla- Longitud	C_PES_TAL	1	Texto	1 = Peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa 2 = Bajo peso para la talla o desnutrición aguda 3 = Riesgo de bajo peso para la talla 4 = Peso adecuado para la talla 5= Sobrepeso 6= Obesidad	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Edema	EDEMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Emaciación o delgadez visible	DELGADEZ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Piel reseca o áspera	PIEL_RESE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Hipo o hiperpigmentación de la piel	HIPERPIGM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Lesiones del cabello	LES_CABEL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Anemia detectada por palidez palmar o de mucosas	PALIDEZ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	



Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años (Cod. 591)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Presencia de diarrea en los últimos 14 días	DIARREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	
Número de deposiciones en un día	DEPOSICION	2	Numérico	Numérico	NO	Activar si la variable Diarrea es 1=SÍ
Deposición con moco	DEP_MOCO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Activar si la variable Diarrea es 1=SÍ
Deposición con sangre	DEP_SANGRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Activar si la variable Diarrea es 1=SÍ
Presencia de deshidratación	DESHIDRATA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedente de fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Presencia de tos	TOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Presencia de dificultad respiratoria	DIF_RESPIR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Causa directa A	C_DIRECT_A	100	Texto	Texto	SI	
Causa antecedente b	C_ANTECB	100	Texto	Texto	SI	
Causa antecedente c	C_ANTECC	100	Texto	Texto	SI	
Causa antecedente d	C_ANTECD	100	Texto	Texto	SI	
Otros estados patológicos	OTR_PATOL	100	Texto	Texto	SI	
Causa de muerte determinada por	C_DETERM	1	Texto	1 = Historia clínica 2 = Autopsia verbal 3 = Necropsia	SI	
Causa directa A	C_DIREC_A1	100	Texto	Texto	NO	
Causa antecedente b	C_ANTECB1	100	Texto	Texto	NO	
Causa antecedente c	C_ANTECC1	100	Texto	Texto	NO	
Causa antecedente d	C_ANTECD1	100	Texto	Texto	NO	

Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años (Cod. 591)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Otros estados patológicos	OTR_PATOL1	100	Texto	Texto	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 437 de 472

Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Primer Nombre madre	PRI_NOM_MA	30	Texto	Primer Nombre de la madre	SI	

Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Segundo Nombre madre	SEG_NOM_MA	30	Texto	Segundo nombre de la madre	NO	
Primer apellido madre	PRI_APE_MA	30	Texto	Primer apellido de la madre	SI	
Segundo Apellido madre	SEG_APE_MA	30	Texto	Segundo apellido de la madre	NO	
Tipo de identificación madre	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número identificación de la madre	NUM_IDE_MA	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nivel Educativo de la madre	NIV_EDUCAT	1	Texto	1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Técnica 4 = Universitaria 5 = Ninguna	NO	
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	Texto	1 = Estr. 1 2 = Estr. 2 3 = Estr. 3 4 = Estr. 4 5 = Estr. 5 6 = Estr. 6	NO	
Número de menores de cinco años en el hogar	MENORES	2	Numérico	>=0 AND <= 20	SI	
Peso al nacer	PESO_NAC	4	Numérico	>=900 AND <=5000	NO	
Talla al nacer	TALLA_NAC	4	Numérico	>= 30.0 AND <= 55.0	NO	2 enteros y 1 decimal
Edad gestacional al nacer	EDAD_GES	2	Numérico	>=20 AND <= 45	NO	
Tiempo durante el cual el menor recibió leche materna (MESES)	T_LECHEM	2	Numérico	>=0	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 439 de 472

Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Edad de inicio de la alimentación complementaria (MESES)	E_COMPLEM	2	Númerico	>=0	SI	
Asiste a crecimiento y desarrollo	CREC_DLLO	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Esquema de vacunación completo a la edad	ESQ_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Referido por carné de vacunación	CARNE_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	
Peso actual kgm	PESO_ACT	4	Númerico	>=1.0 AND <= 50.0	SI	2 enteros y 1 decimal
Talla actual o longitud actual cm	TALLA_ACT	5	Númerico	>=45.0 AND <= 150.0	SI	3 enteros y 1 decimal
Circunferencia media del brazo en centímetros	PER_BRAQUI	4	Númerico	>=6.0 AND <= 30.0	NO	2 enteros y 1 decimal
Índice de masa corporal	IMC	5	Númerico	Formular: Peso en kg / ((talla en cm)^2)	SI	Variable calculada por el sistema
Zscore Peso/Talla	ZSCORE_PT	7	Númerico		SI	Variable calculada por el sistema
Clasificación actual Peso/Talla- Longitud	CLAS_PESO	1	Texto	1 = desnutrición aguda severa (<-3) 2 = desnutrición aguda moderada (<-2 a <=-3) 3 = riesgo de desnutrición aguda (>=-2 a <-1) 4 = peso adecuado para la talla (>=-1 a <=1) 5 = riesgo de sobrepeso (>1 a <=2) 6 = sobrepeso (>2 a <=3) 7 = obesidad (>3)	NO	Variable calculada por el sistema
Zscore Talla/Edad	ZSCORE_TE	7	Númerico		SI	Variable calculada por el sistema

Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación actual Talla- Longitud/Edad	CLAS_TALLA	1	Texto	1 = (<-2DE talla baja para la edad) 2 = (≥-2 a <-1 DE Riesgo de talla baja) 3 = (≥-1 Talla adecuada para la edad)	NO	Variable calculada por el sistema
Signos clínicos de la desnutrición Edema	EDEMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Emaciación o delgadez visible	DELGADEZ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Piel reseca o áspera	PIEL_RESE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Hipo o hiperpigmentación de la piel	HIPERPIGM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Lesiones del cabello	LES_CABEL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Anemia detectada por palidez palmar o de mucosas	PALIDEZ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Activación Ruta Atención	RUTA_ATENC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tipo de atención suministrada	TIPO_MANEJ	1	Texto	1 = Intrahospitalaria 2 = Comunitario	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 441 de 472

Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Diagnóstico médico	DIAG_MEDIC	4	Texto	Según tabla de referencia	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 442 de 472

Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 443 de 472

Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Lesión de causa externa ocasionada por	OCASIO_POR	1	Texto	1 = accidente de consumo 2 = menor trabajador 3 = accidente de tránsito 4 = procedimientos estéticos	SI	
Asfixia o ahogamiento	ASFIXIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Estrangulamiento	ESTRANGULA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Herida, laceración, cortes	HERIDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Trauma leve, aplastamiento, aprisionamiento	TRAUMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Choque eléctrico, electrocución	CHOQ_ELECT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Fractura, esguince y luxación	FRACTURA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Politraumatismo	POLITRAUMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Amputación o enucleación	AMPUTACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Quemaduras	QUEMADURAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Intoxicación , alergias	INTOXICAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 444 de 472

Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Infección	INFECCION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3
Sepsis	SEPSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3
Perforación	PERFORACIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hemorragia	HEMORRAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Necrosis	NECROSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 1
Embolia	EMBOLIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 1 y 2
Depresión respiratoria	DEPRE_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Cráneo	CRANEO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cara	CARA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ojos	OJOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Nariz	NARIZ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Orejas	OREJAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Boca-dientes	BOCA_DIENT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuello	CUELLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Brazo	BRAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antebrazo	ANTEBRAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Mano	MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Dedos de la mano	DEDOS_MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Torax anterior	TORX_ANTER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Torax posterior	TORX_POST	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Mamas	MAMAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 2
Abdomen	ABDOMEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Pélvis-perineo	PELV_PERIN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 2
Genitales	GENITALES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 2
Muslos	MUSLOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Piernas	PIERNAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Pies	PIES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Dedos de los pies	DEDOS_PIES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Órganos internos	ORG_INTERN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Piel	PIEL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Máquinas o motores	MAQUINA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Medios de transporte o sus accesorios	MEDIOS_TRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 446 de 472

Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Animales	ANIMALES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 1, 3 y 4
Juguetes y juegos	JUGUETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Equipos de construcción, ferretería, iluminación o eléctricos	ELECTR_ILU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 2
Vestimenta, accesorios y calzado	VEST_ACCES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Materiales escolares o pedagógicos	UTIL_ESCOL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Muebles, electrodomesticos y accesorios	UTEN_COMED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Artículos y equipos para niños	ACC_INFAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Equipos deportivos y de ocio	EQU_DEPORT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Equipos de comunicación y tecnología	ELECT_AUDI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Belleza, cuidado persona e higiene	BELLEZA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 2 y 3
Medicamentos	MEDICAMEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4

Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Aparatología de uso estético	APAR_ESTET	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Equipos biomédicos	EQU_BIOMED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Hogar	HOGAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3
Establecimiento educativo	COLEGIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Avenida principal	AV_PPAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Calle, parqueadero	CALLE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Lugar de recreación	PARQUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Mina o cielo abierto	MINA_ABIER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Mina subterránea	MINA_SUBT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Industria	INDUSTRIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Zona de cultivos	ZONA_CULT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 2

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 448 de 472

Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Centro de estética	CENTR_ESTE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 2 y 3
SPA	SPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 2 y 3
IPS	IPS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 2 y 3
Número de procedimientos quirúrgicos que se realizaron de manera simultánea	PROC_QUIRU	1	texto	1 = uno 2 = dos 3 = tres 4 = mas de 3	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Tipo de profesional que desarrollo el procedimiento estético	TIPO_PROF	1	texto	1 = profesional de la salud 2 = cirujano plástico 3 = médico esteticista 4 = médico especialista 5 = esteticista 6 = cosmetologo	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Hospitalización	HOSPITALIZ	1	texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
UCI	UCI	1	texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 449 de 472


Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Productos químicos	PROD_QUIMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Establecimiento público o comercial	ESTABLECIM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 3 y 4
Gluteos	GLUTEOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 2 y 3
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA última versión o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 450 de 472

Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica.	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	Si Tipo de Identificación = RC, TI, CC, CE solo numérico Si Tipo de Identificación = PA alfanumérico

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 451 de 472

Vigilancia centinela de síndrome fébril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ha viajado durante los 14 días previos al inicio de síntomas	VIAJO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
A donde viajo	DONDE_VIAJ	70	Texto	Lugar donde viajo	NO	Opcional dependiente de "Ha viajado durante los 14 días previos al inicio de síntomas" en opción 1=Sí
Ha visto Ratas	RATAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Ha visto Perros	PERROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Ha visto Cerdos	CERDOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Ha tenido contacto con aguas estancadas en los últimos 30 días	CONTAC_ACC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Antecedentes de transfusión de hemoderivados	RECIBIO_TR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Hallazgos semiológicos Fiebre >= 38 grados	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Escalofríos	ESCALOFRIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Dolor retroocular	DOLOR_RETR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Vomito	VOMITO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Dolor abdominal	DABDOMINAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Ictericia	ICTERICIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Vigilancia centinela de síndrome fébril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Petequias	PETEQUIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Equimosis	EQUIMOSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Hemoptisis	HEMOPTISIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Gingivorragia	GINGIVORRA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Metrorragias	METRORRAGI	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Hematuria	HEMATURIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Melenas	MELENAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Días de fiebre	DIAS_FIEBR	2	Número	>0	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Fiebre >= 38 grados" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Mialgias	MIALGIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Artralgias	ARTRALGIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hepatomegalia	HEPATOMEGA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Esplenomegalia	ESPLENOMEG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Adenopatías	ADENOPATIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Disnea	DISNEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 453 de 472

Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Deshidratación	DESHIDRATA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Signos meningeos	SIG_MENING	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Rash	EXANTEMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Localización	LOC_EXANTE	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Exantema" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Edema	EDEMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Localización	LOC_EDEMA	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Edema" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Convulsiones	CONVULSION	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hemorragia	HEMORRAGIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Dolor en pantorrillas	DOLOR_PANT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Sudoración nocturna	SUDOR_NOCT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Epididimitis	EPIDIDIMIT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Orquitis	ORQUITIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Oliguria	OLIGURIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
¿Ha tenido contacto con animales?	ANIM_EN_CA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Gatos	GATOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Sí



Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Bovinos	BOVINOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Sí
Equinos	EQUINOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Sí
Animales silvestres	SILVESTRES	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Sí
Cuál?	CUAL_SILVE	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Animales silvestres" en opción 1=Sí
Otros animales	OTR_ANIMAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Sí
Cuál?	CUAL_OTR_A	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Otros Animales" en opción 1=Sí
Historia de picadura de garrapatas	PICAD_GARR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Historia de picadura de piojos	PICAD_PIOJ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Historia de picadura de pulgas	PICAD_PULG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Consumo de leche y sus derivados sin pasteurizar	CONS_LECHE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Múltiples parejas sexuales	MULT_PAREJ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Usuario de hemodialis	USA_HEMODI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Usuario de drogas inyectables	USA_DROG_I	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Contacto sexual con portador de HBsAG	CONT_HBSAG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 455 de 472

Vigilancia centinela de síndrome fébril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Manipulación de secreciones vaginales, placentas, fetos abortados, etc.	MANIP_SECR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Deterioro rápido del paciente.	DET_RAPIDO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Conjuntivitis no supurativa.	CONJ_NO_SU	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Manifestaciones Hemorrágicas PÚRPURA	MANIF_PURP	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 456 de 472

Zika (Cod. 895)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	

Zika (Cod. 895)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tiene complicaciones de tipo neurológico?	COMPL_NEUR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de inicio de síntomas del síndrome neurológico	FEC_INI_SI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tiene complicaciones de tipo neurológico?" en opción 1=Sí
Tipo de complicación neurológica	TIPO_COMPL	4	Texto	Según listado de códigos CIE-X para síndrome neurológico	NO	Dependiente de "Tiene complicaciones de tipo neurológico?" en opción 1=Sí
Desplazamiento en los últimos 30 días	DESPLAZAMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Tiene complicaciones de tipo neurológico?" en opción 1=Sí
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad - Código	CODMUN	5	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "Desplazamiento en los últimos 30 días" en opción 1=Sí
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento - Código	CODDEP	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País - Código	CODPAIS	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad - Código
Se realizó unidad de análisis del caso de síndrome neurológico	UNID_ANALI	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Pendiente	NO	Dependiente de "Tiene complicaciones de tipo neurológico?" en opción 1=Sí
Resultado unidad de análisis para síndrome neurológico	RES_UNIANA	1	Texto	1 = Confirmado 2 = Descartado 3 = Pendiente	NO	Dependiente de "Se realizó unidad de análisis del caso de síndrome neurológico" en opción 1=Sí
Fecha de última menstruación	FEC_ULT_ME	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Se le realizó la primera ecografía a la gestante?	HUBO_1_ECO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 458 de 472

Zika (Cod. 895)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de primera ecografía obstétrica	FEC_1_ECO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Se le realizo la primera ecografía a la gestante?" en opción 1 = Sí
Edad gestacional de la primera ecografía obstétrica	EDAD_GES	2	Texto	>= 0 AND <= 42	NO	Dependiente de "Se le realizo la primera ecografía a la gestante?" en opción 1 = Sí
¿Se encuentra en seguimiento por la EAPB?	SEG_EAPB	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Pendiente	NO	Dependiente de "Se le realizo la primera ecografía a la gestante?" en opción 1 = Sí
La gestante termino el embarazo?	GES_TER_EM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Fecha de terminación del embarazo	FEC_TER_EM	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "La gestante termino el embarazo" en opción 1 = Sí
Condición final del producto del embarazo	CON_FIN_PR	1	Texto	1 = Aborto 2 = Muerte perinatal 3 = Nacido vivo	NO	Dependiente de "La gestante termino el embarazo" en opción 1 = Sí
Perímetro cefálico	PER_CEFALI	2	Numérico	>=0 AND <= 99	NO	Dependiente de "La gestante termino el embarazo" en opción 1 = Sí Dependiente de "Condición final del producto del embarazo" en opciones 2 o 3
¿se realizó autopsia clínica?	AUTOPSIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "La gestante termino el embarazo" en opción 1 = Sí Dependiente de "Condición final del producto del embarazo" en opción 2

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 459 de 472

Zika (Cod. 895)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
¿hay presencia de defectos congénitos?	DEF_CONGEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "La gestante termino el embarazo" en opción 1 = Sí
¿se tomó muestra de suero?	MUE_SUERO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "La gestante termino el embarazo" en opción 1 = Sí Dependiente de "Condición final del producto del embarazo" en opciones 2 o 3
¿se tomó muestra de cordón umbilical?	MUE_CORDON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "La gestante termino el embarazo" en opción 1 = Sí Dependiente de "Condición final del producto del embarazo" en opciones 2 o 3
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 460 de 472

Zika (Cod. 895)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 461 de 472

Chikungunya (Cod. 217)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Comorbilidades - VIH	VIH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Chikungunya (Cod. 217)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Comorbilidades - Hepatitis crónica	HEPAT_CRON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Anemia falciforme	ANEMIA_FAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Lupus	LUPUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Hipertensión	HIPERTENSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Obesidad	OBESIDAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Artritis	ARTRITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Artrosis	ARTROSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Falla renal	FALLA_RENA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Drogadicción	DROGADICCI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Alcoholismo	ALCOHOLISM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Tabaquismo	TABAQUISMO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - insuficiencia cardiaca congestiva	INSUF_CARD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - Cáncer	CANCER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Comorbilidades - EPOC	EPOC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Muestras - Piel	PIEL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Hígado	HIGADO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Bazo	BAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Pulmón	PULMON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

Chikungunya (Cod. 217)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Muestras - Cerebro	CEREBRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Miocardio	MIOCARDIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Médula	MEDULA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Riñon	RIÑON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de UCI relacionado con la ocurrencia del evento	TIPO_UCI	1	Texto	1 = UCI-A 2 = UCI- P 3 = UCI- N	SI	
La UCI comparte espacio físico con intermedios	COMP_ESPAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de egreso de la Institución	FEC_EGR_IN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Fecha ingreso a la UCI	FEC_INGUCI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 466 de 472

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de egreso de la UCI	FEC_EGRUCI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Número de la cama en donde se encuentra hospitalizado el paciente	NUM_CAMA	4	Texto	Alfanuméricos	SI	
Reingreso	REINGRESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Paciente remitido	REMITIDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Caso de IAD extrahospitalaria	CASO_EXTRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Paciente remitido" en opción 1=Sí
Nombre de la Institución a la que se le atribuye la IAD	NOM_INST	200	Texto	La razón social de la institución de salud donde fue remitido el paciente	NO	Dependiente de "Caso de IAD extrahospitalaria" en opción 1=Sí
Peso al nacer	PESO_NAC	1	Texto	1 = (<= 750 gr) 2 = 751-1000gr 3 = 1001-1500 gr 4 = 1501-2500 gr 5 = (>= 2501 gr)	NO	Dependiente de "Tipo de UCI relacionada con la ocurrencia del evento" en opción 3 = UCI-N
Diagnostico principal de ingreso a la Institución	DX_PPAL	4	Texto	Código según CIE 10	SI	
Tipo de IAD	TIPO_IAD	1	Texto	1 = NAV 2 = ISTU-AC 3 = ITS-AC	SI	
Criterio de clasificación para NAV	CRIT_NAV	1	Texto	1 = NEU 1 2 = NEU 2 3 = NEU 3	NO	Dependiente de "Tipo de IAD" en opción 1

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 467 de 472

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Criterio de clasificación para ITS AC	CRIT_ITSAC	1	Texto	1 = criterio 1 2 = criterio 2 3 = criterio 3	NO	Dependiente de "Tipo de IAD" en opción 3
Criterio de clasificación para ISTUAC	CRIT_ISTUA	1	Texto	1 = criterio 1a 2 = criterio 2a 3 = criterio 3 4 = criterio 4	NO	Dependiente de "Tipo de IAD" en opción 2
Fecha de diagnóstico de la IAD	FEC_DIAG	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	SI	
Fecha de alta de la IAD	FEC_ALTA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
IAD polimicrobiana	IAD_POLIM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Criterio de clasificación para NAV" en opción diferente de 1
Reportes de cultivo	REP_CULTIV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Criterio de clasificación para NAV" en opción diferente de 1

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 468 de 472

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de dispositivo insertado - Ventilador mecánico	VENTILADOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de Inserción de Ventilador Mecánico	FEC_IN_VEN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Ventilador mecánico" en opción 1
Fecha de retiro de Ventilador Mecánico	FEC_RE_VEN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Ventilador mecánico" en opción 1
Tipo de dispositivo insertado - Cateter central	CAT_CENTRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 – 01 – 06
			Página 469 de 472

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de Inserción de Cateter central	FEC_IN_CC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Cateter central" en opción 1
Fecha de retiro de Cateter central	FEC_RE_CC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Cateter central" en opción 1
Tipo de dispositivo insertado - Cateter urinario	CAT_URINAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de Inserción de Cateter urinario	FEC_IN_CU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Cateter urinario" en opción 1

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de retiro de Cateter urinario	FEC_RE_CU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Cateter urinario" en opción 1
Cáncer	CANCER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Corticoterapia	CORTICOTER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Desnutrición	DESNUTRIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Diálisis	DIALISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Edad Extrema	EDAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Enfermedad renal	ENF_RENAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
EPOC	EPOC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Inmunosupresión	INMUNOSUPR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Parálisis	PARALISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
VIH-SIDA	VIH_SIDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Infección previa	INFEC_PREV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Quimioterapia	QUIMIOTERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Traumatismo	TRAUMATISM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Obesidad	OBESIDAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Prematurez	PREMATUREZ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Otro	OTRO_FACT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuál?	CUAL_FACT	30	Texto	Texto	NO	Depende de "Otro" en opción 1=sí
Antibiótico administrado apartir de la confirmación del caso - 1	ANTIB_1	4	Texto	Código según tabla de antibióticos	SI	
Antibiótico administrado apartir de la confirmación del caso - 2	ANTIB_2	4	Texto	Código según tabla de antibióticos	NO	
Antibiótico administrado apartir de la confirmación del caso - 3	ANTIB_3	4	Texto	Código según tabla de antibióticos	NO	
Antibiótico administrado apartir de la confirmación del caso - 4	ANTIB_4	4	Texto	Código según tabla de antibióticos	NO	
Días pre infección	DIAS_PREIN	4	Numérico	Es la diferencia entre la fecha de inicio del primer sintoma y la fecha de hospitalización	SI	
Días estancia asociada a IAD	DIAS_ES_AS	4	Numérico	Es la diferencie entre la fecha de alta de la infección y la fecha de inicio del primer sintoma	SI	
Días estancia total	DIAS_ESTAN	4	Numérico	Es la diferencia entre la fecha de ingreso a la institución y la fecha de egreso de la misma	SI	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN	Versión: 07
		INT-R02.4000-013	2017 - 01 - 06
			Página 472 de 472

IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Mortalidad asociada a IAD	MORT_ASOC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Aplica solo si la condición final del paciente es 2=Muerto
Mortalidad atribuible a IAD	MORT_ATRIB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Aplica solo si la condición final del paciente es 2=Muerto
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	