

| | | | |
|--|--|--|--------------------|
|  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 | 2016 – 07 - 01 |
| | | INT-R02.4000-013 | Página 1 de 468 |

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 | 2016 – 07 - 01 |
| | | INT-R02.4000-013 | Página 2 de 468 |

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 |

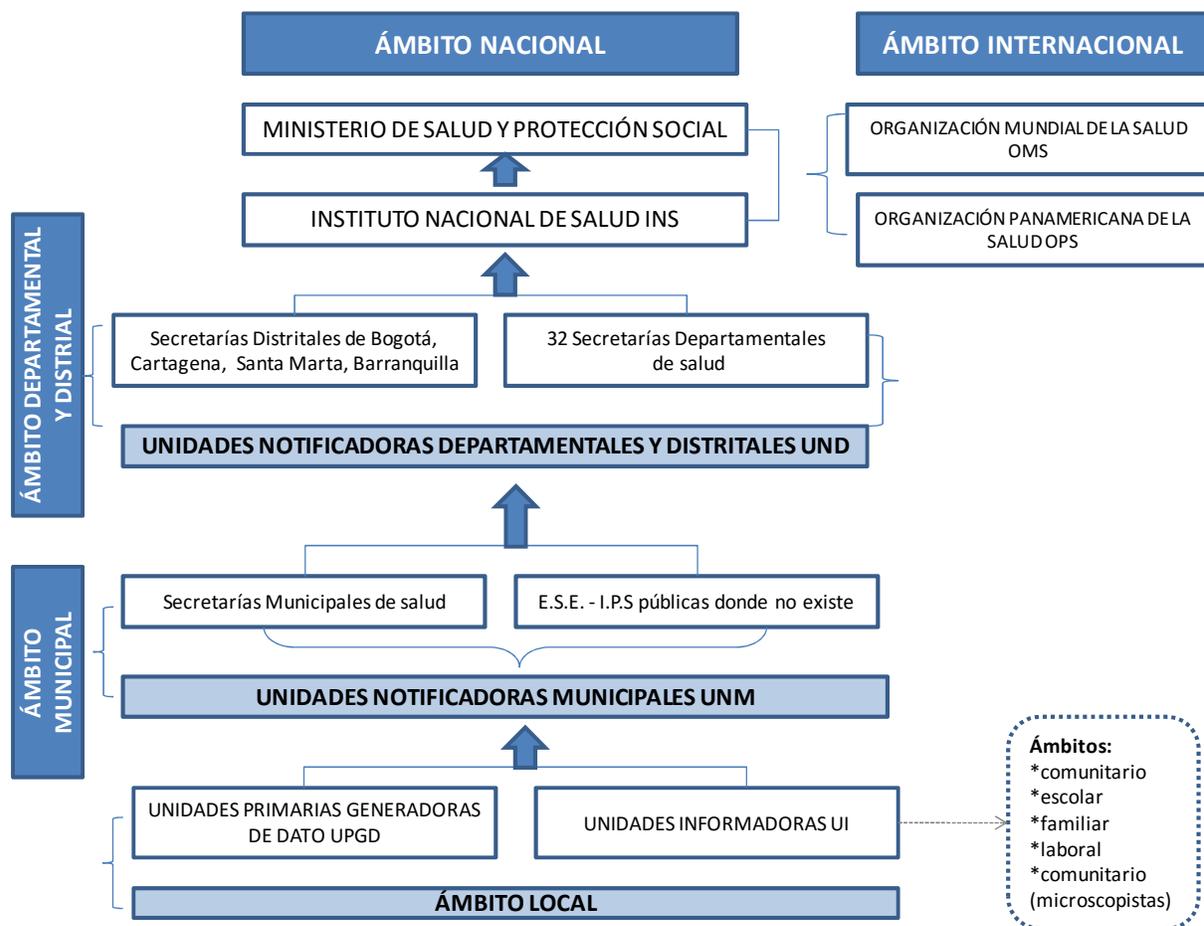
| | | | |
|--|--|--|--------------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE SIVIGILA | Versión: 07 |
| | | ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REGISTRO NOTIFICACIÓN | 2016 – 07 - 01 |
| | | INT-R02.4000-013 | Página 5 de 468 |

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.

| | | | |
|--|--|--|--------------------|
|  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 | 2016 – 07 - 01 |
| | | INT-R02.4000-013 | Página 7 de 468 |

- 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 | 2016 – 07 - 01 |
| | | INT-R02.4000-013 | Página 9 de 468 |

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 EPIDEMIOLÓGICA.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 | 2016 – 07 - 01 |
| | | INT-R02.4000-013 | Página 10 de 468 |

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



**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

2016 - 07 - 01

Página 12 de 468

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 | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 13 de 468

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 | |

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 IAAS? | 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 |

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=Si |
| 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=Si |



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 |



**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

2016 - 07 - 01

Página 17 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 18 de 468

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 | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 19 de 468

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 | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 20 de 468

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 |
|---|-------------------|-------------|-------------|--|--------------|-------------------|
| 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 | |



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 | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 22 de 468

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 | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 23 de 468

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 | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 24 de 468

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 |



**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

2016 - 07 - 01

Página 25 de 468

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 Nasofaríngeo 4 = Tejido 6 = Lcr 7 = Heces 8 = Aspirado Nasofaríngeo 10 = Esputo 11 = Otros Líquidos Esteriles 12 = Saliva 13 = Suero 14 = Orofaríngeo 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 | |



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. |



**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

2016 - 07 - 01

Página 27 de 468

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 | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 28 de 468

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 | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 29 de 468

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: |



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 | Númerico | 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 |



**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

2016 - 07 - 01

Página 31 de 468

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 |
|--|-------------------|-------------|-------------|--|--------------|---|
| 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. |



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 | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 33 de 468

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 |



**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

2016 - 07 - 01

Página 34 de 468

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 | SI | |
| 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 = Confirmando por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion | NO | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 35 de 468

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 (nuevo 2010) | NOM_DIL_FI | 100 | Texto | Texto | SI | |
| Teléfono del profesional que diligencia la ficha (nuevo 2009) | TEL_DIL_FI | 12 | Texto | Texto | SI | Alfanumérico - Mínimo 7 dígitos y máximo 12 en caso de tener extensión |

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 | |



**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

2016 - 07 - 01

Página 37 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 38 de 468

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 |



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) | colecio | | 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_colecio | | 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 67 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 68 de 468

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 = Agricultura 3 = Oficios Domésticos 5= Recolección de Desechos 6 = Actividad Acuática 8 = Caminar por senderos abiertos 9= Caminar por 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 | 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 rieca 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 | |



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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 72 de 468

Accidente ofídico (Cod. 100)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|--------------------|-------|---|
| Manifestaciones sistémicas Hematoqueuxia | HEMATOQUEUX | 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 Fasciitis | 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" |



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

2016 - 07 - 01

Página 73 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 74 de 468

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

2016 - 07 - 01

Página 75 de 468

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 | |



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 | 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

2016 - 07 - 01

Página 77 de 468

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 | SI | |
| 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= Simple 2= Doble 3= Triple o más | SI | |
| Edad gestacional del primer control prenatal | EDAD_GES | 2 | Numérico | >=0 AND <=45 | SI | |
| Número de controles prenatales | NO_CON_PRE | 2 | Numérico | >=0 AND <=30 | SI | |
| Consumió micronutrientes durante el embarazo. Calcio | CALCIO | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información | SI | |
| Consumió micronutrientes durante el embarazo. Hierro | SULFATO_FE | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información | SI | |
| Consumió micronutrientes durante el embarazo. Ac. Fólico | ACI_FOLICO | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información | SI | |
| Se le diagnosticó síndrome anémico durante el embarazo? | ANEMIA | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información | SI | |
| 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 | SI | |
| 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 | |
| Ha tenido algún hijo con bajo peso al nacer? | H_ANTE_BPN | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | NO | Si la variable número de hijos vivos contando el actual es 1, desactivar. Si igual o mayor a 2 debe ser obligatoria |



Bajo peso al nacer (Cod. 110)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|----------|---|-------|------------|
| ¿Durante el embarazo presento HTA? | HTA | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| ¿Durante el embarazo presento amenaza de parto pre término? | PART_PRET | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Consumió bebidas alcohólicas, tabaco u otras sustancias durante el embarazo | BEB_ALCOH | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| En el último trimestre de la gestación, realizó actividades diarias que le implicaron esfuerzo físico | ACTIV_DIA | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| ¿Durante el embarazo presentó IVU? | IVU | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Se le diagnosticó sobrepeso u obesidad durante el embarazo | DIAG_SOBRE | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Se le diagnosticó desnutrición durante el embarazo | DIAG_DESNU | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Cuál fue su peso pregestacional? | PES_PREGES | 5 | Numérico | >= 30 AND <= 130 | NO | |
| Talla de la madre en metros | TALL_MAD | 4 | Numérico | >= 1.30 AND <= 1.90 | SI | |
| Cuántos kilogramos de peso ganó durante el embarazo? | PESO_GANAD | 2 | Numérico | >= 0 AND <= 30 | SI | |
| 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 80 de 468

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|--|-------|--|
| 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 |
| Parentesco con el recién nacido | PARENT_RN | 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 |
|---|------------------|------|----------|---|-------|--|
| Menor asegurado | MENOR_ASEG | 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 |
| 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=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí |
| 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=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí |
| 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=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí |
| Peso actual (a la IEC) en gramos | PESO_ACT | 4 | Númerico | >=900 AND <=6000 | 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 |
|--|------------------|------|----------|--|-------|--|
| Longitud actual (a la IEC) en centímetros, 2 enteros 1 decimal | LONG_ACT | 2 | Númerico | >= 30 AND <=80 | NO | Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí |
| estado actual del peso | EST_ACT_PE | 1 | Texto | 1 = Subió 2 = Permanece igual 3 = Bajó | NO | Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí |
| Recibe lactancia materna exclusiva | LACT_MAT | 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 recibido algún alimento diferente a la leche materna? | ALI_DIF_24 | 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 |
| 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 |



Bajo peso al nacer (Cod. 110)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|--|
| ¿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 |
| 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 84 de 468

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|--|
| 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 85 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 86 de 468

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_SOLSA | 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 88 de 468

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= Sí 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 89 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 90 de 468

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 |



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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 92 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 93 de 468

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 | |



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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 97 de 468

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 nexa 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

2016 - 07 - 01

Página 99 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 100 de 468

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 | |



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=Sí |
| 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=Sí |
| 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=Sí |
| Consumo de alcohol | ALCOHOL | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |



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 |
| Exposició 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 Exposició 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=Si |
| 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=Si |
| 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=Si |
| 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 |



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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 108 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 109 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 110 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 111 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 112 de 468

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

2016 - 07 - 01

Página 113 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 114 de 468

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 | |

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 116 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 117 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 118 de 468

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 | Número | >= 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 pericárdico | 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 cardíaca | F_CARD_CR | 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

2016 - 07 - 01

Página 120 de 468

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 |



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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 122 de 468

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 | |



Enfermedad diarréica 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 | Peso en gramos, superior o igual a 500 | SI | No acepta valores inferiores a 500 |
| 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 |



Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|---|
| Numero de deposiciones en las primeras 24 horas de iniciado el cuadro | NO_DEPOS | 3 | Texto | Númeroico | SI | |
| 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 | Peso en gramos, igual o superior a 500 | SI | No acepta valores inferiores a 500 |
| Talla | TALLA INGR | 3 | texto | Talla en centímetros entre 40-150 | SI | Valores entre 40-150 |
| 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 125 de 468

Enfermedad diarréica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|-------------------------|-------------|-------------|---|--------------|---|
| En caso de haber presentado complicación ¿cuál? | CUAL_COMP | 30 | Texto | Texto | NO | Dependiente de 8.1, en opción 1 |
| 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? | CUAL_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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 126 de 468

Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|---|-------|--|
| 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 |
| 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 127 de 468

Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|--------------------------------|
| Serotipo P | SEROTIPO_P | 6 | Texto | Texto | NO | Dependiente de 9.4 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 128 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 129 de 468

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=Si |
| 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=Si |
| 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=Si |
| 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=Si |
| 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=Si |
| 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=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

2016 - 07 - 01

Página 130 de 468

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 | Numérico | >=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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 131 de 468

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 |



**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

2016 - 07 - 01

Página 132 de 468

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_ANTIB | 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 133 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 134 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 135 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 136 de 468

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 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Náuseas | NAUSEAS | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Vómito | VÓMITO | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Diarrea | DIARREA | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Fiebre | FIEBRE | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Dolor abdominal | DOLOR_ABDO | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Cefalea | CEFALEA | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Deshidratación | DESHIDRATA | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Cianosis | CIANOSIS | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Mialgias | MIALGIAS | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Artralgias | ARTRALGIAS | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Mareo | MAREO | 6 | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 137 de 468

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 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Escalofrío | ESCALOFRÍO | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Parestesias | PARESTESIA | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Ictericia | ICTERICIA | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Acolia | ACOLIA | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Coluria | COLURIA | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Lesiones Maculopopulares | LESIONESMA | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Anorexia | ANOREXIA | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Malestar general | MALESTAR | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Bradicardia relativa[M2] | BRADICARDI | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Sialorrea | SIALORREA | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Miosis | MIOSIS | 6 | Numérico | Número de casos | SI | |
| Distribución de signos y síntomas Otros | OTROS | 6 | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 138 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 139 de 468

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 | |



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 | |



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 | CUAL_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 | N 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 | N 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 143 de 468

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 |



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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 145 de 468

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 | Númerico | >=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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 146 de 468

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 | N Numérico | >=1 | NO | Depende de "estudio manipuladores 2" en opción diferente de 2 |
| Agentes identificados muestra manipuladores 2 (1) | AGE_MAN2_1 | 2 | T 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 | T 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 | T 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 | T 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 | T 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 | F 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

2016 – 07 – 01

Página 147 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 148 de 468

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 | |



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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 152 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 153 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 154 de 468

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 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 |
| Fabricante 1 | FABRICANT1 | 30 | Texto | Texto | SI | |



Evento adverso seguido a vacunación (298)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---------------|------------------|------|-------|---|-------|---|
| 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 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 157 de 468

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 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 |



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 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 |
| 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 |



Evento adverso seguido a vacunación (298)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|--------------------|-------|---|
| 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 semiológicos Adenitis post BCG | BECEGEITIS | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | NO | Activar la variable solo cuando alguna de las vacunas 1 a 6 sea igual a 1 (BCG) |
| Hallazgos semiológicos 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 semiológicos 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 semiológicos 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 semiológicos 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 semiológicos 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 semiológicos 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 |
| Hallazgos semiológicos 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 semiológicos Parálisis | PARÁLISIS | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1 |



Evento adverso seguido a vacunación (298)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|---|
| Hallazgos semiológicos 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 semiológicos 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 semiológicos 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 semiológicos 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 semiológicos 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 semiológicos 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 semiológicos 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 semiológicos Llanto persistente mayor a 24 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 | |
| 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 | |



Evento adverso seguido a vacunación (298)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|---|-------|---|
| 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 | |
| Cuales | CUA_USO_EQ | 30 | Texto | Texto | NO | Depende de variable "Se identificó uso equivocado del diluyente" en la 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

2016 - 07 - 01

Página 163 de 468

Evento adverso seguido a vacunación (298)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|------------------------------|------------------|------|-------|---|-------|--|
| 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 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 164 de 468

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 |
| 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 16= Otra | 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

2016 - 07 - 01

Página 165 de 468

Evento adverso seguido a vacunación (298)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|-----------------------|------------------|------|-------|--|-------|--|
| 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 |
| 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 166 de 468

Evento adverso seguido a vacunación (298)

| 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 167 de 468

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 |



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 | 1= No cavitacional 2= Cavitacional | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 170 de 468

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

2016 - 07 - 01

Página 171 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 172 de 468

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=sí |
| Hallazgos semiológicos Fiebre | FIEBRE | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | Esta opción debe estar diligenciada en 1=sí, 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 | |



Fiebre amarilla (Cod. 310)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|------------|
| Hallazgos semiológicos Metrorragia | METRRORRAGI | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 175 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 176 de 468

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 = Hepatitis B 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 HBsAg (+) | 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 HBsAg (+) | CON_POR | 2 | Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Población de riesgo Contacto sexual portador HBsAg (+) | CON_SEX | 2 | Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Población de riesgo Población cautiva | POB_CAU | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 178 de 468

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

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|--|
| Modo de transmisión más probable | MET_TRA | 1 | Texto | 1 = Perinatal 2 = Horizontal 3 = Parenteral / percutanea 4 = | 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 si 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 | |
| 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 179 de 468

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

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|-------------------------|-------------|-------------|--|--------------|-------------------|
| 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 gamaglobulina | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 180 de 468

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

| 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

2016 – 07 – 01

Página 181 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 182 de 468

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 | PERFORACIÓ | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 183 de 468

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 | CUAL | 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 184 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 185 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 186 de 468

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 | SI | |
| Clasificación clínica del caso | CLA_CLINIC | 1 | Texto | 1 = Paucibacilar 2 = Multibacilar | SI | |
| Número de lesiones | NUM_LESION | 2 | Texto | >=0 AND <=99 | SI | |
| Clasificación bacteriológica según baciloscopia | CLA_LEP | 1 | Texto | 1 = Paucibacilar 2 = Multibacilar | SI | |
| Clasificación final según resultado de la histopatología | CLAS_FINAL | 1 | Texto | 1 = Paucibacilar 2 = Multibacilar 3 = Otro diagnostico 4 = No se realizó | NO | |
| 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 | Numérico | >=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 | |



Lepra (Cod. 450)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---------------------------------------|------------------|------|-------|---|-------|---|
| 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 |
| Resultado de la histopatología | RES_BIO | 1 | Texto | 1 = Indeterminada 2 = Tuberculoide 3 = Diforma (bordeline) 4 = Lepromatosa 5 = Neural | 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 188 de 468

Lepra (Cod. 450)

| 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 189 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 190 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 191 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 192 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 193 de 468

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 | |
| 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 |
| Embarazo múltiple | EMB_MULT | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |



Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|------------|--------------------|-------|---|
| Peso del recién nacido | PESO_RNACD | 4 | N 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 múltiple | PESO_RNACX | 4 | N 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 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Sepsis o infección sistémica severa | CHOQ_SEPTI | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Hemorragia obstétrica severa | CHOQ_HIPOV | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Cardiaca | FALLA_CARD | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Vascular | FALLA_VASC | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Renal | FALLA_RENA | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Hepática | FALLA_HEPA | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Metabólica | FALLA_META | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Cerebral | FALLA_CERE | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Respiratoria | FALLA_RESP | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Coagulación | FALLA_COAG | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Ingreso a UCI | INGRES_UCI | 1 | T Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |



Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|------------------------------------|------------------|------|----------|--|-------|---|
| 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 | Numérico | >=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 | Numérico | >=0 | SI | |
| Días estancia en Cuidado Intensivo | DIAS_C_INT | 2 | Numérico | >=1 | NO | Dependiente de "Ingreso a UCI" en opción 1= SI |
| Unidades transfundidas | UNDS_TRANS | 2 | Numérico | >=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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 198 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 200 de 468

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 | |



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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 202 de 468

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 | 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 | 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 | 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 | 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 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total IRA Hospitalización, De 60y más años | GRUPOH_7 | 5 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total Hospitalización, Menores de 1 año | HOSPITAL_1 | 5 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total Hospitalización, De 1 año | HOSPITAL_2 | 5 | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 203 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 204 de 468

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 | 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 | 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 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total IRA UCI, De 60y más años | IRAUCI_7 | 5 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total Hospitalización UCI, Menores de 1 año | TOTUCI_1 | 5 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total Hospitalización UCI, De 1 año | TOTUCI_2 | 5 | 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 | 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 | 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 | 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 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total Hospitalización UCI, De 60y más años | TOTUCI_7 | 5 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total muertes IRA, Menores de 1 año | MTEIRA_1 | 5 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total muertes IRA, De 1 año | MTEIRA_2 | 5 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total Hospitalización, De 2 a 4 años | MTEIRA_3 | 5 | 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 | 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 | 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 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 | 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 | Numérico | Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha. | SI | |
| Total IRA consulta externa, De 1 año | IRACEXT_2 | 5 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 208 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 209 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 210 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 211 de 468

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) |

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 | |



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 | ECLAMPSIA | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Complicaciones del actual embarazo Síndrome Hellp | SIN_HELHP | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 215 de 468

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 |



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" |



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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 218 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 219 de 468

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 | |



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 = Si" 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 | |



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_HELHP | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |
| Complicaciones del actual embarazo Diabetes gestacional | D_GESTACIO | 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 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 225 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 227 de 468

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|----------|---|-------|--|
| La reanimación se realizó | REANIMACION | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | NO | Dependiente de "El neonato requirió reanimación" en opción 1=Sí |
| 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 228 de 468

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 | |



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

2016 – 07 – 01

Página 229 de 468

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 | |



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 | 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 | |
| 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 232 de 468

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= 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 | |
| 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 | |
| Causa antecedente d | C_ANTECD | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 233 de 468

Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|--|-------|------------------|
| 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 | |
| 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 235 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 236 de 468

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 | CUAL_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 | CUAL_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 | CUAL_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 | Texto | 1 = Indígena 2 = Rom 3 = Raizal 4 = Palenquero 5 = Afro colombiano 6 = Otros | SI | |
| Escolaridad del cuidador | ESC_CUID | 1 | Texto | 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Técnico 4 = Universitario 5 = Ninguno | SI | |
| Estrato socioeconómico | ESTRATO | 1 | Texto | 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 | SI | |
| Estado civil del cuidador | ESTAD_CUID | 1 | Texto | 1 = Soltero 2 = Casado 3 = Unión libre 4 = Viudo 5 = Separado | SI | |
| Ocupación del cuidador | OCUPAC_CUI | 4 | 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 | Texto | 1 = Si 2 = No 3 = Desconocido | SI | |
| Tiene carné | CARNE | 1 | 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 238 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 239 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 240 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 241 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 246 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 247 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 248 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 249 de 468

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)• Poliomieltis (A80)• Encefalitis (A86.x)• Enfermedad enteroviral del Sistema Nervioso Central (A88.8)• Meningitis aséptica/infocítica (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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 250 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 251 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 252 de 468

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

2016 - 07 - 01

Página 253 de 468

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

2016 - 07 - 01

Página 254 de 468

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 | |
| 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 255 de 468

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. 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) | 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

2016 – 07 – 01

Página 256 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 257 de 468

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_DETXX | 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 | |



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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 259 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 260 de 468

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_INFEC | 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 261 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 262 de 468

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 diagnostico | CONDENDIAG | 1 | Texto | 1 = Embarazo 2 = Parto 3 = Puerperio 4 = Post aborto | 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 treponemica | 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 treponemica | QUE_PR_TRE | 1 | Texto | 1 = TPPA 2 = TPHA 4 = Prueba rápida | NO | Depende de prueba treponémica en opción 1=Si |
| Resultado Prueba treponemica | 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 264 de 468

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=Si |
| 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

2016 - 07 - 01

Página 265 de 468

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=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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 266 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 267 de 468

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 = Si 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 269 de 468

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=Si |
| 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=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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 270 de 468

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 | |



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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 272 de 468

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 viajo" 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 274 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 275 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 276 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 278 de 468

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 | |



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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 280 de 468

Tetános 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 281 de 468

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 |



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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 283 de 468

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 |



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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 285 de 468

Tetános 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 | |



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

2016 – 07 – 01

Página 286 de 468

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 = aDPT | 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 289 de 468

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 | |



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

2016 – 07 – 01

Página 290 de 468

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 = Menígea 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 perdida 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 carne | 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 previo de VIH | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 292 de 468

Tuberculosis (Cod. 815)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|----------|---|-------|---|
| Hay coinfección TB – VIH/sida | ASO_VIH | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No 3 = Desconocido | SI | Si "Presenta diagnostico previo de VIH" es 1=Sí, esta variable debe ser 1 |
| Terapia preventiva con trimetropin sulfa/cotrimoxazol | TER_PREV_T | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | NO | Depende de "Hay coinfección TB – VIH/sida" en opción 1=Sí |
| Recibe tratamiento antirretroviral | TRAT_ANTIR | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | NO | Depende de "Hay coinfección TB – VIH/sida" en opción 1=Sí |
| 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 293 de 468

Tuberculosis (Cod. 815)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|------------------------------------|------------------|------|-------|--|-------|--|
| 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 | |
| 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 | |



Tuberculosis (Cod. 815)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|--|
| Fecha de realización | FCHTHISTO | 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 |
| 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 Nexa epidemiológico | NEX_EPI | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | SI | |



Tuberculosis (Cod. 815)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|------------|
| Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Radiológico | RADIOLOGIC | 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 | |
| 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 296 de 468

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 | |



Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|---|
| Localización | LOCALIZA | 2 | Texto | 1 = Pleural 2 = Menígea 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 298 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 299 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 300 de 468

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) |



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=Sí |
| 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 |



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 rematoide | 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. |



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 | N Numérico | Rango 0 - 42 | NO | Depende de datos básicos "grupo poblacional gestante" en Opción 1=Sí |
| Peso actual (Kg) | PESO_ACT | 5 | N Numérico | >=2 AND <=250.0 | SI | |
| Talla (m) | TALLA_ACT | 4 | N Numérico | >=0.20 AND <=2.50 | SI | |
| IMC (Índice de masa corporal) | IMC | 5 | N 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 305 de 468

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=Si |
| Resultado proporciones LJ | RES_PROPOR | 1 | Texto | 1 = Positivo 2 = Negativo | NO | Dependiente de "Metodología utilizada Proporciones LJ" en opción 1=Si |
| Resultado Bactec MGIT | RES_BATECM | 1 | Texto | 1 = Positivo 2 = Negativo | NO | Dependiente de "Metodología utilizada Bactec MGIT" en opción 1=Si |
| Resultado Proporciones en Agar | RES_PRO_AG | 1 | Texto | 1 = Positivo 2 = Negativo | NO | Dependiente de "Metodología utilizada Proporciones en Agar" en opción 1=Si |
| Resultado Prueba molecular | RES_PR_MOL | 1 | Texto | 1 = Positivo 2 = Negativo | NO | Dependiente de "Metodología utilizada Prueba molecular" en opción 1=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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 306 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 307 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 308 de 468

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 | 1 | 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 | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 309 de 468

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 | 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 | Obligatorio si "Tipo de Prueba" es 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) |
| Coccidiodomicosis | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 311 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 312 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 313 de 468

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 | |



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

2016 – 07 – 01

Página 314 de 468

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 | |



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 4= Abuso sexual 5= Acoso sexual 6= Violación 7=Explotación sexual comercial de niños niñas y adolescentes 10=Trata de personas para explotación sexual 11= Violencia sexual en el conflicto armado 12= Actos sexuales violentos. | SI | |
| Actividad | ACTIVIDAD | 2 | Texto | 8=Reciclador(a) 13=Líderes (as) cívicos 15=Maestro (a) 16=Servidor (a) público 17=Fuerza pública 24=Estudiante 26=Otro 28=Trabajadora doméstica | SI | |
| Situación o condición de vulnerabilidad - Población LGTBI | POB_LGTBI | 1 | Texto | 1= Si 2= No | 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 - Ejercicio del trabajo sexual | TRA_SEXUAL | 1 | Texto | 1= Si 2= No | SI | |
| Situación o condición de vulnerabilidad - Desmovilizado (a) - re insertado (a) | DESMOV_REI | 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

2016 – 07 – 01

Página 316 de 468

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

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|-------------------------|-------------|-------------|---|--------------|-------------------|
| Situación o condición de vulnerabilidad - Campesino | CAMPESINO | 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 | |
| Situación o condición de vulnerabilidad - Ama de Casa | AMA_DE_CAS | 1 | Texto | 1= Si 2= No | SI | |
| Situación o condición de vulnerabilidad - NNA en protección del Sistema Nacional de Binestar Familiar(SNBF) | NNA_SNBF | 1 | Texto | 1= Si 2= No | SI | |
| Situación o condición de vulnerabilidad - Población privada de la libertad | PRIV_LIBER | 1 | Texto | 1= Si 2= No | SI | |
| Situación o condición de vulnerabilidad - Víctimas del conflicto armado | VIC_CONFLI | 1 | Texto | 1= Si 2= No | SI | |
| Situación o condición de vulnerabilidad - Otra | OTRA_SITUA | 1 | Texto | 1= Si 2= No | SI | |
| Reincidencia (Antecedentes de hechos similares) | ANTEC | 1 | Texto | 1= Si 2= No | SI | |
| Edad aparente del agresor(a) | EDAD_AGRE | 2 | Númerico | >=5 AND <= 99 | NO | |
| Sexo del agresor (a) | SEXO_AGRE | 2 | Texto | M = Hombre F = Mujer SD = Sin información | SI | |



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

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|--|
| Relación o parentesco del agresor con la víctima Familiar | R_FAM_VIC | 2 | Texto | 1 = Esposo (a) 2 = Compañero (a) permanente 3 = Novio (a) 4 = Amante 5 = Ex - esposo (a) 6 = Excompañero permanete 7 = Ex - novio (a) 8 = Ex - amante 9 =Padre 10 = Madre 11 = Hijo (a) 12 = Encargado (a) del NNA/adulto mayor 13 = Hermano (a) 14 = Abuelo (a) 15 = Padrastro 16 = Madrastra 17 =Tío (a) 18 =Primo (a) 19 = Cuñado (a) 20 = Suegro (a) 21 = Otros | 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 | |
| Agresor no familiar | R_NOFILAR | 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 318 de 468

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

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|--|-------|---|
| Grupo perpetrador de la violencia | GRUPOS | 2 | Texto | 1 = Ejército 2 = Fuerza Aérea 3 = Armada 4 = Policía 5 = Narcotráfico 6 = Bandas criminales 7 = Pandillas 9 = Paramilitar o Autodefensas 10 = Guerrillero 11= No sabe | 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 |
| Mecanismo utilizado para la agresión | ARMAS | 2 | Texto | 1 = ahorcamiento/estrangulamiento/sofocación 2 = Caídas 3 = Contundente y cortocontundente 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 | 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 |
| 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 319 de 468

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 - 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= Si 2= No | SI | |
| 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 320 de 468

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

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|------------------------------------|
| 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 o3 |
| Acciones en salud Profilaxis Hepatitis B | PROF_HEP_B | 1 | Texto | 1= Si 2= No | NO | No aplica si "Modalidad" es 1,2 o3 |
| Acciones en salud Profilaxis Otras ITS | PROF_OTRAS | 1 | Texto | 1= Si 2= No | NO | No aplica si "Modalidad" es 1,2 o3 |
| Acciones en salud Anticoncepción de emergencia | AC_ANTICON | 1 | Texto | 1= Si 2= No | NO | No aplica si "Modalidad" es 1,2 o3 |
| Acciones en salud Orientación IVE | AC_IVE | 1 | Texto | 1= Si 2= No | NO | No aplica si "Modalidad" es 1,2 o3 |
| 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 | |



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

2016 – 07 – 01

Página 321 de 468

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 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 | 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 |
| 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 322 de 468

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_DEDPIE | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 329 de 468

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 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 330 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 331 de 468

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 |



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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 336 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 337 de 468

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 | |



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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 339 de 468

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 Purpúrico o petequiral | 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? | CUAL_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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 341 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 342 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 343 de 468

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 | |
| Fecha del diagnóstico de segunda neoplasia | FEC_DX2NEO | 10 | Fecha | AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) | NO | Depende de "Consulta actual por segunda neoplasia" en opción 1 = Sí |
| Recaída | RECAIDA | 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

2016 - 07 - 01

Página 344 de 468

Cáncer en menores de 18 años (Cod. 115)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|------------------------------------|------------------|------|-------|--|-------|---|
| Fecha de diagnóstico recaída | FEC_DX | 10 | Fecha | AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) | NO | Depende de "Recaída" en opción 1 = Sí; si así es, es obligatorio |
| 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 6 = Certificado de defunción 7 = Otros | SI | |
| Cuál otros? | OTRODXPROB | 30 | Texto | Texto | NO | Depende de "Criterio de diagnóstico probable" en opción 7 = Otros |
| Fecha de toma | FEC_TOMADP | 10 | Fecha | AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) | SI | |
| Fecha de resultado | FEC_RES_DP | 10 | Fecha | AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) | SI | |
| Criterio de diagnóstico definitivo | CRIT_DX_DE | 1 | Texto | 1 = Mielograma 2 = Histopatología o citología de fluido corporal 3 = Inmunotipificación 4 = Criterio médico especializado 5 = Certificado de defunción 6 = Otros | SI | |
| Cuál otros? | OTRO_DXDEF | 30 | Texto | Texto | NO | Depende de "Criterio de diagnóstico definitivo" en opción 6 = Otros |



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

2016 - 07 - 01

Página 345 de 468

Cáncer en menores de 18 años (Cod. 115)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|------------|
| Fecha de toma | FEC_TOMADD | 10 | Fecha | AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) | SI | |
| Fecha de resultado | FEC_RES_DD | 10 | Fecha | AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) | 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 346 de 468

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 | |
| Clasificación de la notificación | CLAS_NOTIF | 1 | Texto | 1 = agresión o contacto 2 = rabia | 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

2016 - 07 - 01

Página 347 de 468

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|------------|
| 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 | |
| Localización anatómica Tronco | TRONCO | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | NO | |
| Localización anatómica Miembros Superiores | MIE_SUP | 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 |
|--|------------------|------|-------|--|-------|---|
| 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 | Quando 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 | Quando 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 | Quando la especie del animal agresor sea marcada como 3,4,5,7,8,9,10, 11 y 12 se desactiva esta variable |
| Presento carnet de vacunación | CAR_VAC | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | NO | Quando la especie del animal agresor sea marcada como 3,4,5,7,8,9,10, 11 y 12 se desactiva esta variable |



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

2016 - 07 - 01

Página 349 de 468

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|----------|---|-------|---|
| 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 | |
| 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 |



Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|---|-------|--|
| 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 | |
| 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 | |



Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|------------|
| 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 | |
| Identificación variante | ID_VARIANT | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No 3 = 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 352 de 468

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|---|
| 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 353 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 354 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 356 de 468

Malaria (Cod. 465)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|-----------------------------|------------------|------|----------|--|-------|---|
| Valor Recuento | RECuento | 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 357 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 358 de 468

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 = Vía pública 8 = Bares/Tabernas/Discotecas | SI | |
| Fecha de exposición | FEC_EXP | 10 | Fecha | AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) | SI | |



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 CLASICA 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=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

2016 - 07 - 01

Página 361 de 468

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 3 = Hisopado Nasofaríngeo 4 = Tejido 6 = Lcr 7 = Heces 8 = Aspirado Nasofaríngeo 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 23 = Cabello 24 = Cabeza de animal 25 = Bebida alcohólica 26 = Sedimentos 27 = Suelo 28 = Aire 29 = Envase/Empaque 30 = Otro | 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 362 de 468

Intoxicaciones (Cod. 365)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|--|
| 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 |
| Hora de investigación del brote | HOR_INV_BR | 5 | Texto | HH:MM En hora militar | NO | Dependiente de "El caso hace parte de un brote" 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 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 | |



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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 364 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 365 de 468

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 | 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 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 366 de 468

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

2016 - 07 - 01

Página 367 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 368 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 369 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 370 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 372 de 468

Hepatitis B - Bancos de sangre (Cod. 339)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|--|-------|---|
| 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 | |
| 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

2016 – 07 – 01

Página 373 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 374 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 375 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 376 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 377 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 378 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 379 de 468

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 | |



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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 382 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 383 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 384 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 385 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 386 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 387 de 468

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. Falciparum 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

2016 - 07 - 01

Página 388 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 389 de 468

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? | CUAL_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 reuso 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 393 de 468

Endometritis puerperal (Cod. 351)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|------------|
| 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 | |
| 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 394 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 395 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 396 de 468

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=Si |
| 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=Si |
| Procedimiento laparoscopia | LAPAROSCOPI | 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=Si 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=Si |
| 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=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

2016 - 07 - 01

Página 398 de 468

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 | Numérico | >=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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 401 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 402 de 468

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 |
|--|------------------|------|-------|--|-------|--|
| 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 |
| Problemas económicos, 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 | |
| Enfermedad crónica, dolorosa o discapacitante | ENF_GRAVE | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Síntomas depresivos | BAJA_SATIS | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Consumo SPA | PROB_CONSU | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Victima violencia | EXP_VIOLEN | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Antecedente familiar de trastorno psiquiátrico | ANTEC_FAMI | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |



Intento de Suicidio (Cod. 356)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|--------------------|-------|---|
| Antecedente personal de trastorno psiquiátrico | ANTEC_TRAN | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Perdida de lazos afectivos | PERD_LAZOS | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Historia Familiar de conducta Suicida | HIST_FAMIL | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Otros síntomas psiquiátricos | OTR_PSIQUI | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Ideación suicida persistente | IDEA_SUICI | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Pacto suicida | PACTO_SUIC | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Enfermedad grave en un familiar | ENFER_GRAV | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Asociado antecedentes de Violencia intrafamiliar | ANTEC_VIOL | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Trastorno Depresivo | TRAN_DEPRE | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Abuso de SPA | ABUSO_SUST | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Otros Trastornos Afectivos | OTR_TR_AFE | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Trastornos bipolar | TRANS_PERS | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Esquizofrenia | ESQUIZOFRE | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Otro trastorno psiquiátrico asociado | OTRO_TRANS | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Cuál otro trastorno? | CUAL_TR_PS | 80 | Texto | Texto | NO | Dependiente de "Otro trastorno psiquiátrico asociado?" en opción 1=Sí |
| Ahorcamiento | AHORCAMIEN | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Arma corto punzante | ARMA_CORTO | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |



Intento de Suicidio (Cod. 356)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|---|
| 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 | |
| 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 | |
| Riesgo alto | RIESGO | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Remisión | REMITIDA_A | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | SI | |
| Remision Psiquiatria | PSIQUIATRI | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | NO | Dependiente de "Remisión" en opción 1=Sí |
| Remision psicología | PSICOLOGIA | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | NO | Dependiente de "Remisión" en opción 1=Sí |
| Remision trabajo social | TRAB_SOCIA | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No | NO | Dependiente de "Remisión" 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 406 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 407 de 468

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 histológico | GRAD_HISTO | 1 | Texto | 1 = In situ 2 = Infiltrante 3 = No indicado | NO | |
| Clasificación CIE-10 | CLAS_CIEO | 1 | Texto | 1 = C 50 2 = C 50.1 3 = C 50.2 4 = C 50.3 5 = C 50.4 6 = C 50.5 7 = C 50.6 8 = C 50.8 9 = C 50.9 | 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=Si |
| 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=Si |
| Biopsia de exocervix y zona de transformación | BIOP_EXOCE | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | NO | |



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

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|--|-------|---|
| Grado histológico | 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 | |
| Resultado biopsia endocervix adenocarcinoma | RES_B_ADEN | 1 | Texto | 1 = Positivo 2 = Negativo | NO | Dependiente de "Biopsia de endocervix" en opción 1=Si |
| Resultado biopsia endocervix grado histológico | RES_B_HIST | 1 | Texto | 1 = In-situ 2 = Infiltrante 3 = No indicado | NO | Dependiente de "Biopsia de endocervix" en opción 1=Si |
| Clasificación CIE-10 examen histopatológico | CLA_CIE_HI | 2 | Texto | 1 = C 53.2 2 = C 53.0 3 = C 53.1 4 = C 53.8 5 = C 53.9 6 = C 54.7 = C 54.0 8 = C 54.1 9 = C 54.2 10 = C 54.3 11 = C 54.8 12 = C 54.9 13 = C 55 | NO | |
| 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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 410 de 468

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

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|---|
| 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 411 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 412 de 468

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 | Numérico | 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 | |
| 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 | Numérico | >=0 AND <=99 | NO | |
| ITSAC. No. Días dispositivo - UCI A | D_ITSAC_A | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | NO | |
| ISTUAC. No. Casos nuevos - UCI A | N_ISTUA_A | 2 | Numérico | >=0 AND <=99 | NO | |
| ISTUAC. No. Días dispositivo. - UCI A | D_ISTUA_A | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | NO | |
| NAV. No. Casos nuevos - UCI A | N_NAV_A | 2 | Numérico | >=0 AND <=99 | NO | |
| NAV. No. Días dispositivo - UCI A | D_NAV_A | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 413 de 468

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 | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | 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 | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | 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 | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | 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 | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | 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 | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | 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 | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | 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

2016 - 07 - 01

Página 414 de 468

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 | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | 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 | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | 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 | 3 | Texto | >=1 AND <=999 | 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 catéter 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 415 de 468

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 | N Numérico | >=0 AND <=99 | NO | |
| ITSAC. No. Días cateter central(2) (Peso al nacer 751 g a 1000 g) | N_D_C2_S_N | 4 | T 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 | T 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 | N Numérico | >=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 | T 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 | T 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 | N Numérico | >=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 | T 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 | T Texto | >=0 AND <=9999 | NO | |
| ITSAC. No. Casos nuevos(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g) | N_C_N5_S_N | 2 | N Numérico | >=0 AND <=99 | NO | |
| ITSAC. No. Días cateter central(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g) | N_D_C5_S_N | 4 | T 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

2016 - 07 - 01

Página 416 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 417 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 418 de 468

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 | |



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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 420 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 421 de 468

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 | |



Consumo de antibióticos (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 días cama ocupada / total de días 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) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporción de ocupación) |



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) / (días 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) / (días 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) / (días 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) / (días 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 antibióticos (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) |



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) / (días 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) / (días 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) / (días 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 426 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 427 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 432 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 433 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 435 de 468

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 | |
| Días hospitalización | DIAS_HOSP | 3 | Númerico | >=0 | NO | Dependiente de "Tipo de atención suministrada" en opción 1=sí |
| Recibe tratamiento terapéutico | TRATAMIENT | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | NO | |
| Recibe seguimiento domiciliario | SEGUIMIEN | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 437 de 468

Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|--|-------|------------|
| Visita inefectiva | EFFECTIVIDA | 1 | Texto | 1 = Dirección incorrecta 2 = No se encontró la familia 3 = Pertenece a otro departamento | 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 438 de 468

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 | |



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 |



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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 442 de 468

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 |



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

2016 - 07 - 01

Página 443 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 444 de 468

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 quirurgicos 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 445 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 – 07 – 01

Página 446 de 468

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 |



Vigilancia centinela de síndrome febril/ 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 trasfusión 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 febril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|--------|--------------------|-------|--|
| 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 | |
| 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 Exantema | 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 | |
| Localización | LOC_HEMORR | 30 | Texto | Texto | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 449 de 468

Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|--|------------------|------|-------|--------------------|-------|--|
| 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 | |
| Hay animales en la casa? | 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=Si |
| Bovinos | BOVINOS | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | NO | Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si |
| Equinos | EQUINOS | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | NO | Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si |
| Animales silvestres | SILVESTRES | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | NO | Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si |
| Cuál? | CUAL_SILVE | 30 | Texto | Texto | NO | Dependiente de "Animales silvestres" en opción 1=Si |
| Otros animales | OTR_ANIMAL | 1 | Texto | 1 = Si 2 = No | NO | Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si |
| Cuál? | CUAL_OTR_A | 30 | Texto | Texto | NO | Dependiente de "Otros Animales" 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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 450 de 468

Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)

| NOMBRE LÓGICO | NOMBRE DEL CAMPO | LONG | TIPO | VALORES PERMITIDOS | OBLIG | VALIDACIÓN |
|---|------------------|------|-------|---|-------|------------|
| 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 hemodialisis | 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 | |
| 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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 451 de 468

Vigilancia centinela de síndrome febril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)

| 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

2016 - 07 - 01

Página 452 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 453 de 468

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 | SI | |
| 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 | SI | |
| 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 454 de 468

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 realizó 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 | |
| ¿Se encuentra en seguimiento por la EAPB? | SEG_EAPB | 1 | Texto | 1 = Sí 2 = No 3 = Pendiente | NO | |
| 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 | Númerico | >=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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 455 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 456 de 468

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**

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 457 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 459 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 460 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 461 de 468

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 fisico 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 462 de 468

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 | 3 | Número | >= 1 | 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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 463 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 464 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 465 de 468

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 | |



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

2016 - 07 - 01

Página 467 de 468

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

INT-R02.4000-013

Versión: 07

2016 - 07 - 01

Página 468 de 468

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 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 | |