INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

# SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
## Subsistema de información SIVIGILA
## Ficha de notificación individual

# Vigilancia centinela enfermedad similar a influenza ESI- IRAG. Cod INS 345 - Edición CoronappMedicos

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**1.1 Tipo de documento**

○ RC ○ TI ○ CC ○ CE ○ PA ○ MS ○ AS ○ PE ○ CN

**1.2 Número de identificación**

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA |- PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

**1.3 Nombres y apellidos del paciente**

**1.4 Teléfono**

**1.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

**1.6 Edad**

**1.7 Unidad de medida de la edad**

○ 1. Años ○ 3. Días ○ 5. Minutos
○ 2. Meses ○ 4. Horas ○ 0. No aplica

**1.8 Sexo**

○ M. Masculino ○ I. Indeterminado
○ F. Femenino

**1.9 Nacionalidad** ☐☐☐

**1.10 País de ocurrencia del caso** ☐☐☐ Código

**1.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia** Departamento ☐☐ Municipio ☐☐☐

**1.12 Área de ocurrencia del caso**

○ 1. Cabecera municipal ○ 3. Rural disperso
○ 2. Centro poblado

**1.13 Localidad de ocurrencia del caso**

**1.14 Barrio de ocurrencia del caso** Código

**1.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso**

**1.16 Vereda/zona**

**1.17 Ocupación del paciente** ☐☐☐☐ Código

**1.18 Tipo de régimen en salud**

○ P. Excepción ○ C. Contributivo ○ N. No Asegurado
○ E. Especial ○ S. Subsidiado ○ I. Indeterminado/ pendiente

**1.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios** ☐☐☐☐☐☐ Código

**1.20 Pertenencia étnica** ○ 1. Indígena Grupo ètnico _____ ○ 2. Rom, Gitano ○ 3. Raizal ○ 4. Palenquero ○ 5. Negro, mulato afro colombiano ○ 6. Otro

**1.21 Estrato**

**1.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente**

❑ Discapacitados ❑ Migrantes ❑ Gestantes ☐ Sem.de gestaciòn ❑ Población infantil a cargo del ICBF ❑ Desmovilizados ❑ Víctimas de violencia armada
❑ Desplazados ❑ Carcelarios ❑ Indigentes ❑ Madres comunitarias ❑ Centros psiquiátricos ❑ Otros grupos poblacionales

## 2. NOTIFICACIÓN

**2.1 País, departamento y municipio de residencia del paciente** País ☐☐☐ Departamento ☐☐ Municipio ☐☐☐

**2.2 Dirección de residencia**

**2.3 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

**2.4 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

**2.5 Teléfono de quien reporta el caso**

## 3. DATOS CLÍNICOS

**3.1 ¿Tuvo contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado con infección respiratoria aguda grave por virus nuevo?** ○ 1. Si ○ 2. No

**3.2 ¿Reporta alguno de los siguientes síntomas?**

❑ Tos ❑ Fiebre ❑ Dolor de garganta ❑ Rinorrea ❑ Conjuntivitis ❑Cefalea ❑ Dificultad respiratoria ❑ Diarrea

**3.3 ¿Reporta alguno de los siguientes antecedentes clínicos?**

❑ Asma ❑ EPOC ❑ Diabetes ❑ VIH ❑ Enfermedad cardiaca ❑ Cancer ❑ Malnutrición ❑ Obesidad
❑ Insuficiencia renal ❑ Toma medicamentos inmunosupresores ❑ Fumador ❑ Otros **3.3.1 ¿Cuáles otros?** _____

## 4. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

**4.1 ¿Uso antibióticos?** ○ 1. Sí ○ 2. No

**4.2 ¿Uso antivirales la última semana?** ○ 1. Sí ○ 2. No

**4.2.1 Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)** ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

**Correos: sivigila@ins.gov.co**

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS**
**VIGILANCIA CENTINELA ESI-IRAG**
**INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA Cod INS: 345 EDICION CORONAPP MEDICO**

**Definición**

La ficha de notificación de Datos Básicos es un instrumento que permite obtener **información prioritaria** de las **variables de tiempo, lugar y persona** para la notificación de los diferentes eventos de interés en salud pública, con el fin de diferenciar claramente las características propias de las poblaciones que se ven asociadas a los eventos notificados (variables universales), los lugares y momentos específicos en los que se presentan.

**Consideraciones generales**

Para el diligenciamiento de la ficha de datos básicos, es importante tener en cuenta los aspectos que se numerarán a continuación, con el fin que la información allí consignada cumpla con los criterios de calidad y veracidad del dato:

1. Diligencie con letra imprenta, clara y legible; recuerde que la ficha de notificación es un **DOCUMENTO MÉDICO LEGAL**, por lo tanto es necesario que **evite enmendaduras o tachones** durante su diligenciamiento.
2. Utilice preferiblemente esfero de tinta negra para el diligenciamiento de la ficha de notificación.
3. La ficha debe ser diligenciada en su totalidad.
4. Tenga en cuenta que dependiendo la variable puede o no tener múltiples opciones de respuesta. Por lo anterior, las variables cuyas categorías estén designadas con un (círculo) significa que esa variable tiene una **ÚNICA** opción de respuesta. Por el contrario las variables que están señaladas con un (cuadrado), significa que tiene **MÚLTIPLES** opciones de respuesta.
5. Escriba una letra o número por casilla.
6. Verifique que las variables Código de evento y nombre del evento, coincidan.
7. Verifique que las variables código de UPGD, número de identificación, tipo de documento y código del evento, estén diligenciadas correctamente, con el fin de evitar contratiempos en la notificación.
8. Recuerde que cuando el evento requiere datos complementarios es necesario diligenciar también la ficha de datos específicos "Cara B", la cual encontrará en la página web del INS, con el nombre del evento.

**Excepciones: en los eventos Bajo peso al nacer y Muerte perinatal y neonatal tardía, los datos básicos corresponden a los datos de la madre.**

| VARIABLE | CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN | CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN | OBLIG |
|---|---|---|---|
| | **1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE** | | |
| **1.1 Tipo de documento** | Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable.<br>Tenga en cuenta que si el paciente es menor de edad y no tiene identificación deberá ingresarlo como "MS" y el número de identificación debera seguir las indicaciones del apartado 1.2.<br>En caso que el paciente sea mayor de edad y no tenga identificación deberá ingresarlo como "AS" y el número de identificación debera seguir las indicaciones del apartado 1.2. | * El tipo de documento debe ser consistente con la edad del paciente | **SI** |
| **1.2 Número de identificación** | El estándar de longitud de caracteres del número de identificación acorde al tipo de identificación, se define en el "Diccionario de elemento de datos el estándar" lenguaje común de intercambio de información (MinTIC), de la siguiente manera:<br><br>RC: entre 8 ó 10 ú 11 dígitos<br>TI: 10 y 11 dígitos<br>CC: entre 8 y 17 dígitos<br>CE: menor a 11 dígitos<br>PA: menor a 19 dígitos<br>Menor sin identificación: para este último ingrese el documento de la madre con el consecutivo respectivo al número de nacimiento.<br>Mayor sin identificación: para mayores de 18 años utilice el código del Departamento + código de Municipio y el consecutivo definido por el Entidad Territorial o UPGD.<br>PE: menor a 18 dígitos<br>CN: 9 dígitos<br><br>En adopción de la Circular Externa 000029 del 16 de agosto de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se incluye validación para la identificación de extranjeros de acuerdo al estándar internacional ISO 3166-1 para los siguientes tipo de documento: en CE, PA, AS, MS, de esta manera se aumenta la longitud de captura en 3 dígitos más para cada uno. | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | **SI** |
| **1.3 Nombres y apellidos del paciente** | Corresponde a los nombres y apellidos del paciente textual al documento de identificación. | * El primer nombre y primer apellido son obligatorios para el sistema, de lo contrario no le permitirá continuar con la sistematización de la información. | **SI** |
| **1.4 Teléfono** | Corresponde al número telefónico (fijo o celular) donde pueda ubicarse al paciente. Es necesario anteceder el número indicativo del departamento o distrito. Ejemplo, para marcar a Bogotá: (031) 2302162.<br><br>Tenga en cuenta que el diligenciamiento correcto de esta variable permitirá contactar al paciente en caso de ser requerido. | * Si no es posible obtener el número telefónico, diligencie esta variable "SIN INFORMACIÓN". De lo contrario se tomará arbitrariamente durante la sistematización de la ficha. | **SI** |
| **1.5 Fecha de nacimiento** | Para el evento de Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal los datos en la ficha de datos básicos corresponden a los de la madre. Formato día-mes-año. | El ingreso de la fecha de nacimiento permitirá el cálculo de la semana epidemiológica para Sífilis congénita y Síndrome de rubeola congénita. | **NO** |
| **1.6 Edad** | Reporte la edad cumplida. Si se desconoce indague por la fecha de nacimiento. | El sistema calcula la edad si se tiene la fecha de nacimiento. | **SI** |
| **1.7 Unidad de medida de la edad** | Cantidad estandarizada en la que se mide el tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento. | * En los casos donde el tipo de identificación sea CC, TI o CE se toma la unidad de medida 1.<br>* Tenga en cuenta que la variable debe coincidir con el tipo de identificación del paciente, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.<br>La unidad de medida 0="no aplica" solo puede ser utilizada para el evento 215 defectos congénitos, cuando el diagnóstico se realiza prenatal | **SI** |
| **1.8 Sexo** | Se relaciona con el sexo del paciente relacionado con la notificación.<br>M **=** Masculino<br>**F =** Femenino | * Tener en cuenta que al sistematizar la información se digita la variable TAL CUAL aparece en la ficha de notificación, debido a que no existe una regla de validacion que permita validarla con el nombre del paciente. | **SI** |
| **1.9 Nacionalidad** | Corresponde al estado o nación que pertenece una persona según su documento de identificación. | Seleccione el país correspondiente a la nacionalidad según la lista establecida. | **SI** |
| **1.10 País de ocurrencia del caso** | Indagar al paciente o familiar del mismo, respecto al país donde ocurrió la exposición al evento de interés en salud pública a notificar.<br>Tenga en cuenta que la ocurrencia o procedencia corresponde al ***lugar geográfico donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que ocasionó el evento. En los eventos transmisibles se deberán considerar los tiempos de incubación de la enfermedad***. | * Tener en cuenta el diligenciamiento correcto de esta variable en la ficha, debido a que su ausencia se tomaría por defecto en el sistema como "país donde ocurre el caso : Colombia" | **SI** |
| **1.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia** | Ingrese el nombre del departamento y municipio de donde proviene/ocurre el caso.<br>Tenga en cuenta que la ocurrencia o procedencia corresponde al lugar geográfico donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que ocasionó el evento. En los eventos transmisibles se deberán considerar los tiempos de incubación de la enfermedad. | Revisar que el Municipio coincida con el Departamento.<br>Recuerde que pueden haber coincidencias en el nombre del Municipio en diferentes Departamentos. | **SI** |

| VARIABLE | CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN | CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN | OBLIG |
|---|---|---|---|
| **1.12 Área de ocurrencia del caso** | **1. Cabecera Municipal:**es el área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal, corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un municipio.<br>**2. Centro Poblado:** Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental.<br>**3. Rural Diperso:** es el área que se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas y demás.<br>*Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 1.10.* | * Variable de única selección. No se puede ingresar al sistema más d una categoría. | **SI** |
| **1.13 Localidad de ocurrencia** | Ingrese el nombre de la localidad donde ocurrió el caso.<br>Tenga en cuenta que esta variable aplica para los Distritos como Bogotá, Municipios como Medellín y Cali, entre otros; los cuales están sectorizados internamente según el departamento de planeación municipal.<br>*Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 1.10.* | * Depende de la categoría seleccionada en la variable 1.11 "cabecera municipal" | **SI** |
| **1.14 Barrio de ocurrencia del caso** | Ingrese el nombre del barrio donde ocurrió el caso.<br>*Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 1.10.* | * Depende de la categoría seleccionada en la variable 1.11 "cabecera municipal". La codificación depende de la tabla de barrios definidos por la entidad territorial. | **SI** |
| **1.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso** | Nombre del área de ocurrencia del caso seleccionado en la variable 1.11<br>*Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 1.10.* | * Depende de la categoría seleccionada en la variable 1.11 | **SI** |
| **1.16 Vereda/zona** | Ingrese el nombre de la vereda o zona donde ocurrió el caso.<br>*Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 1.10.* | * Depende de la categoría seleccionada en la variable 1.11 "rural disperso" | **SI** |
| **1.17 Ocupación del paciente** | Describa claramente la ocupación principal de paciente (en el caso que aplique). | * La codificación de la ocupación está a partir de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 88) | **SI** |
| **1.18 Tipo de régimen en salud** | Se relaciona con el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, en el que se encuentra el caso que está siendo notificado o su acudiente.<br>Variable de única respuesta.<br>**P= Excepción**: régimen de seguridad social de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas<br>**C= Contributivo:**sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud.<br>**E= Especial:** regímenes de seguridad social de los afiliados a la Policía Nacional, Fuerzas Militares, Armada, Fuerza Aérea.<br>**S= Subsidiado:** El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.<br>**N= No asegurado**<br>**I= Indeterminado/ pendiente**esta opción debe ser utilizada exclusivamente para ajuste por las EAPB,cuando el caso no corresponde a esta y requiere verificación en el nivel nacional | * Para la sistematización de la información, se toma una sola categoría de respuesta. | **SI** |
| **1.19 Nombre de la administradora de salud** | Ingrese el nombre de la empresa que presta los servicios de salud al caso, esta deberá ser acorde al tipo de régimen en salud. | * Para la sistematización de la información se tiene en cuenta el nombre de la administradora que debe coincidir con la categoría seleccionada en la variable 1.18 | **SI** |
| **1.20 Pertenencia étnica** | "La pertenencia étnica se define como patrimonio cultura compartido por un grupo de personas", las definiciones para cada uno de los grupos étnicos son*:<br>*Indígena:* persona de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborigen, manteniendo rasgos y valores propios de su cultura tradicional, así como formas de organización y control social propios. Si diligencia esta opción deberá elegir el grupo étnico al que pertenece.<br>*Rom, Gitano:* Son comunidades que tienen una identidad étnica y cultural propia; se caracterizan por una tradición nómada, y tienen su propio idioma que es el romanés.<br>*Raizal:* Población ubicada en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con raíces culturales afro-anglo-antillanas, cuyos integrantes tienen rasgos socioculturales y lingüísticos claramente diferenciados del resto de la población afrocolombiana.<br>*Palenquero:* Población hubicada en el municipio de San Basilio de Palenque, departamento de Bolívar, donde se habla el palenquero, lenguaje criollo.<br>*Negro o afrocolombiano:* persona de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, y tienen sus propias tradiciones y costumbre dentro de la relación campo-poblado.<br><br>Tenga en cuenta que esta variable se diligencia con base a lo que el paciente manifiesta, ***no a la percepción de quien está diligenciando la ficha*** | * Para la sistematización de la información se tiene en cuenta la categoría única diligenciada en la variable.<br><br>Variable con categoría única de respuesta. | **SI** |
| **1.21 Estrato** | Estrao socio-económico donde esta ubicada la vivienda del paciente, estos son:<br>1. Bajo-bajo, 2. Bajo, 3. Medio-bajo, 4. Medio, 5. Medio-alto o 6. Alto | Variable con categoría única de respuesta. | **NO** |
| **1.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente** | La variable tiene múltiples opciones de respuesta que se pueden diligenciar dependiendo de lo referido por el paciente o de lo observado por quien esté diligenciando la ficha de notificación, a continuación se definen algunas pobalciones relevantes para tener mayor claridad:<br><br>*Migrante*: persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia (OIM).<br>*Desmovilizado:* Aquel que por decisión individual abandone voluntariamente sus actividades como miembro de organizaciones armadas al margen de la ley, esto es grupos guerrilleros y de autodefensa, y se entregue a las autoridades de la República (Decreto 128 de 2003).<br>*Desplazados*: Personas o grupos de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, en particular como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente (Naciones Unidas, documento E/CN.4/1992/23).<br><br>Si no pertenece a algún grupo poblacional, se sugiere señalar la opción "otros grupos poblacionales". | * Para la sistematización de la información se hace necesario marcar la/s categorías de respuesta necesarias según corresponda. Si no pertenece a algún grupo se toma como "otros grupos poblacionales" | **SI** |

| VARIABLE | CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN | CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN | OBLIG |
|---|---|---|---|
| **2. NOTIFICACIÓN** | | | |
| **2.1 País, departamento y municipio de residencia del paciente** | Nombre del país, departamento y municipio donde reside el paciente al momento de la notificación. Nota: ***Para definir residencia acogemos el concepto de la Ley 1607 de 2012 que establece que una persona es residente de algun lugar geográfico si "permanece continua o discontinuamente en el país por más de ciento ochenta y tres (183) días calendario incluyendo dias de entrada y salida.*** | | **SI** |
| **2.2 Dirección de residencia** | Dirección donde se encuentra ubicada la residencia del paciente al momento de la notificación acorde a los parámetros establecidos en el numeral 2.1 | | **SI** |
| **2.3 Fecha de consulta** | Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que consultó el paciente por el evento notificado. | * Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de consulta NO puede ser mayor a la fecha de notificación. Si esto sucede se tomará como error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la ficha de notificación. | **SI** |
| **2.4 Fecha de inicio de síntomas** | Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha del primer día en que el paciente inició síntomas del evento acorde a la definición de caso. | * Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de inicio de síntomas NO debe ser superior a la fecha de consulta y a la fecha de notificación. Si esto sucede se tomará como un error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la ficha de notificación. | **SI** |
| **2.5 Teléfono de quien reporta el caso** | Número telefónico de contacto de la persona que realiza la notificación, preferiblemente el número celular para poder contactarlo en caso de ser requerido. | * Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la ficha de notificación. | **SI** |
| **3. DATOS CLINICOS** | | | |
| **3.1 ¿Tuvo contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado con infección respiratoria aguda grave por virus nuevo?** | Marque SI o NO según corresponda | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no le permitirá continuar con el ingreso de la información. | **SI** |
| **3.2 Reporta alguno de los siguientes síntomas?** | Marque con una X los síntomas: Tos Fiebre Dolor de garganta Rinorrea Conjuntivitis Cefalea Dificultad respiratoria Diarrea | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no le permitirá continuar con el ingreso de la información. | **SI** |
| **3.3 Reporta alguno de los siguientes antecedentes clínicos?** | Marque con una X los antecedentes clínicos: Asma EPOC Diabetes VIH Enfermedad cardiaca Cancer Malnutrición Obesidad Insuficiencia renal Toma medicamentos inmunosupresores Fumador 3.3.1 ¿Cuáles otros? | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no le permitirá continuar con el ingreso de la información. | **SI** |
| **4. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO** | | | |
| **4.1 ¿Usó antibiótico?** | Marque con una X la opción según corresponda.<br>Si 2.No | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no le permitirá continuar con el ingreso de la información. Opción 1 = Si; de lo contrario marque la opción 2 = No | **SI** |
| **4.2 ¿Usó antiviral en la última semana?** | Marque con una X la opción según corresponda.<br>Si 2.No | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no le permitirá continuar con el ingreso de la informaicón. Opción 1 = Si; de lo contrario marque la opción 2 = No | **SI** |
| **4.2.1 Fecha de inicio** | Diligencie la fecha con formato (dd/mm/aaaa) | Depende de la opción de respuesta en la variable 4.2, opción 1 = Si. | **SI** |