OK

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1.030.003802 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

382 995

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Morales	Jaramillo	Lomar Alexander

9

FECHA DE NACIMIENTO Día | Mes | Año

EDAD 2A Día 18 Mes 07 Año 2022

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA _____

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** EPS. Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Barbacoas Dirección: _____
Barrio / Vereda: Paraiso Tel.: 316 6070946 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E 640 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.008.442

RESPONSABLE

Michelle Jaramillo

USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS C.H.D.N.
Historia No.
No. Identificación 1.030.003.802 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3829963

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Morales	Jaramillo	Liomar Alexander

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD [ ] Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA Eps. Emssanar

TIPO USUARIO [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS** Eps: Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Barbacoas Dirección:
Barrio / Vereda: Paraiso Tel.: 3166070946 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial. [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z T24 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Trabajadora Social
RESPONSABLE

Michelle Jaramillo
USUARIO

DN 003

12

OK

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nueva Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1.080.842.089 Tipo

Día	Mes	Año
28	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3829868

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Angulo	Angulo	Chiryn Sofia

3

FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año

EDAD 2A Día 02 Mes 06 Año 2022

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA _____

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Barbacoas Dirección: _____

Barrio / Vereda: El Inmaculado Tel.: _____ Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [✓] Primera vez

Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E. 640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P 1.004.605.442
RESPONSABLE

Kenny Angulo.
USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS C.H.D.N.
Historia No.
No. Identificación 1.080.842.089 Tipo

Día 26 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3829881

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Angulo	Angulo	Cheiryn Sofia

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 2A Día 02 Mes 06 Año 2021

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Barbacoas Dirección: Barbacoas
Barrio / Vereda: Invasion Tel.: 3225870255 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z724 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Maria Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
CC: 1.010.165.338
RESPONSABLE

Kenny Angulo.
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1089516164 Tipo

Día 27 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

383.0041

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Marinez	Hurtado	Liam Smith

FECHA DE NACIMIENTO
Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD
2A Día 7 Mes 03 Año 2022

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA
EPS: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [X] MEZ [ ] Otro: _____

ARS EPS: Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Magui Payan Dirección: _____
Barrio / Vereda: Barrio Ciudadela Tel.: 3145120301 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E: 640 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.408.442

RESPONSABLE

Darlin Hurtado

USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No. _____

No. Identificación 1089 516 164 Tipo

Día	Mes	Año
27	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

38300055

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Marinez	Hurtado	Liam Smith.

FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año

EDAD 7A Día 7 Mes 08 Año 2022

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA EPS. Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] **NO** [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] **NO** [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [Y] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** EPS: Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Magui payan Dirección: _____
Barrio / Vereda: Barrio Ciudadela Tel.: 3145120301 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial [ ] Primera vez
Especialidad Psicosocial, [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z T24 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

María Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
C.C. 1.130.186.376
RESPONSABLE

Darlin Hurtado
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1004744107 Tipo

Día 27 Mes 09 Año 2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

38297787

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
6- Marinez	lopez	Gladis Matilde

FECHA DE NACIMIENTO
Día | Mes | Año

EDAD
31A Día 13 Mes 06 Año 1993

SEXO
[ ] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA
EPS: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS EPS: Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Nagui Payan Dirección: _____
Barrio / Vereda: Ciudadela Tel.: 3259108753 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal O260 Tipo de DX [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.608.442
RESPONSABLE

Gladis marines
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No. _____

No. Identificación 1004744107 Tipo

Día	Mes	Año
27	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3829792

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Marine2	Lopez	Gladis Mafilde

FECHA DE NACIMIENTO Día | Mes | Año

EDAD 31A Día 13 Mes 06 Año 1993

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Magui Payan Dirección: _____
Barrio / Vereda: Ciudadela Tel.: 3259108753 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z T24 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

María Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
C.C. 1.010.166.936
RESPONSABLE

Gladis Marines
USUARIO

DN 003

OK

169

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte | Día 25 | Mes 09 | Año 2021 | No. De FACTURA 38299794

Historia No. _____

No. Identificación 1.082.694.903 Tipo | C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ] | ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Portilla	William Jasser

5

FECHA DE NACIMIENTO Día | Mes | Año

EDAD 4 A Día 15 Mes 10 Año 2020

SEXO [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA _____

TIPO USUARIO [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Barbacoas Dirección: _____

Barrio / Vereda: Invasion Tel.: 3135225637 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E. 640 Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.406.442
RESPONSABLE

Candi Portilla
USUARIO

DN 003

¡PUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No. _____

No. Identificación 1.082.694.903 Tipo

Día	Mes	Año
25	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3830006

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Portilla	Killiam Jasser.

FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año

EDAD 4 A Día 15 Mes 10 Año 2020

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Barbacoas Dirección: _____
Barrio / Vereda: Invasión Tel.: 3135225637 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z TZ4 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Trabajadora Social
RESPONSABLE

Candi Portilla
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1089 515 828 Tipo

Día 17 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [x] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3830084

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones	Ortiz	Alisson Sofia.

4

FECHA DE NACIMIENTO Día | Mes | Año

EDAD 4 meses Día 08 Mes 05 Año 2024

SEXO
[ ] Masculino
[x] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA coosalud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [x]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [x] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS coosalud

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Magui Payan Dirección: _____

Barrio / Vereda: Brisas de Magui Tel.: 3126542530 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [x] Primera vez

Especialidad Nutricion. [ ] Control

Cod. Diag. Principal 0260 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Ana María Obando O.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.408.442
RESPONSABLE

Zulma Ortiz S
USUARIO

DN 003

NO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No. _____

No. Identificación 1089515828 Tipo

Día	Mes	Año
17	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

38300093

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones	ortiz	Alisson Sofia.

FECHA DE NACIMIENTO

Día | Mes | Año

EDAD 4 M. Día 08 Mes 05 Año 2024

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA coosalud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Mayoi Payan Dirección: _____

Barrio / Vereda: Bilsas de Mayoi Tel.: 312 654 2530 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion psicosocial [X] Primera vez

Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z T24 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Maria Fernanda Mamo C
Trabajadora Social
RESPONSABLE

Zulma Ortiz S
USUARIO

DN 003

3- Barbacoas OK 22

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1.082.694.950 Tipo

Día	Mes	Año
28	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3829913

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
3 Cortes	Cortes	Nairan Celeste.

FECHA DE NACIMIENTO

Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD

3 A Día 2 Mes 12 Año 2020

SEXO

[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA

EPS: Emssanar

TIPO USUARIO

[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO

[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS EPS: Emssanar

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Barbacoas Dirección: Cl #5-121-a 5-1

Barrio / Vereda: Barrio Corea 1 Tel.: 3506099671 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E. 640 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO

[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciònes Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.608.442
RESPONSABLE

María Cortés
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No. _____

No. Identificación 1082 694 950 Tipo

Día	Mes	Año
28	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3829925

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Cortes	Nairan Celeste.

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 3A Día 2 Mes 12 Año 2020

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Eps: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** Eps: Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Barbacoas Dirección: Cll #5-121-as-1
Barrio / Vereda: Barrio Corea 1 Tel.: 350 609 9671 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z724 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Maria Fernanda Mosquera C. Trabajadora Social C.C 1.010.155.916
RESPONSABLE

Maria Cortés
USUARIO

DN 003

10

OK

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1089513419 Tipo

Día	Mes	Año
22	09	2021

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3830328

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Tenorio	Hurtado	Emar Juliana

FECHA DE NACIMIENTO

Día | Mes | Año

EDAD

32A Día 09 Mes 09 Año 1992

SEXO

[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet Salud

TIPO USUARIO

[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO

[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Maguí Payan Dirección: _____

Barrio / Vereda: Calle Segunda Tel.: 3129053970 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E660 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.408.442

RESPONSABLE

Emar Tenorio

USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No.

No. Identificación 1089513 V19 Tipo

Día	Mes	Año
22	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830333

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Tenorio	Hurtado	Emar Juliana.

FECHA DE NACIMIENTO — Día | Mes | Año

EDAD 32 A Día 09 Mes 09 Año 1991

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Magui Payan Dirección:
Barrio / Vereda: Calle segunda Tel.: 3124053970 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial. [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Maria Fernanda Montaño C
Trabajadora Social
C.C. 1.010.156.935
RESPONSABLE

Emar Tenorio
USUARIO

DN 003

OK

14

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1.092.696.111 Tipo

Día	Mes	Año
25	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3829826

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ortega	Florez	Laura Alejandra

FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año

EDAD 25 D Día 30 Mes 08 Año 2024

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA _____

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS EPS; Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Barbacoas Dirección: _____
Barrio / Vereda: Invasion Tel.: 3146478793 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E. 640 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.606.442
RESPONSABLE

Kimberly Lopez
USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS C.H.D.N.
Historia No.
No. Identificación 1082696111 Tipo

Día 25 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3829836

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ortegon	Florez	Laura Alejandra

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 25 D Día 30 Mes 08 Año 2024

SEXO [ ] Masculino [X] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA

TIPO USUARIO [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS** EPS Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Barbacoas Dirección:
Barrio / Vereda: Invasion Tel.: 3216478793 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z T24 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad [ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta [ ] De la destreza
[ ] De la locomoción [ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación [ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo [ ] De determinada aptitud

GRADO [ ] Leve [ ] Moderado [ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Maria Fernanda Mesa C
Trabajadora Social
CC 1085...

RESPONSABLE

Kimberly Lopez
USUARIO

DN 003

OK

8

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1.148.687.171 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3829757

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
10 Quiñones	Marquinez	Franda Benilda.

FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año

EDAD
34 A Día 28 Mes 08 Año 1990

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA
EPS: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Magui Payan Dirección: _____
Barrio / Vereda Brisas de Magui Tel.: 3219536399 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal O260 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.084.608.442
RESPONSABLE

Francia Quiñones
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No. _____

No. Identificación 1148687171 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 2024

C.C. X T. I. ___ R.C. ___ MSI ___

ASI ___ P.T. ___ C. EXT. ___

No. De FACTURA

3829762

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones	Marquinez	Francia Benilda

FECHA DE NACIMIENTO

Día ___ Mes ___ Año ___

EDAD

34A Día 28 Mes 08 Año 1990

SEXO

___ Masculino

X Femenino

___ Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO

___ Contributivo X Subsidiado

___ Vinculado ___ Particular ___ Otro

TIPO DE AFILIADO

___ Beneficiario ___ Cotizante ___ Adicional

DESPLAZADO:SI ___ NO X

DISCAPACITADO:SI ___ NO X Cual: _____

ETNIA: BLA ___ NEG ___ IND ___ MEZ ___ Otro: _____

ARS Emssanar

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Mayo Pasto Dirección: _____

Barrio / Vereda: Bilbao de Mayo Tel.: 3219536329 Zona Urbana ___ Rural ___

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial X Primera vez

Especialidad Psicosocial ___ Control

Cod. Diag. Principal Z734 Tipo de DX | | |

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX | | |

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

___	No discapacidad	___	Del cuidado personal
___	De la conducta	___	De la destreza
___	De la locomoción	___	De la determinación aptitud
___	De la comunicación	___	Otras restricciones actividad
___	Disposición del cuerpo	___	De determinada aptitud

GRADO

___ Leve

___ Moderado

___ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

___ 39141 Consulta de primera vez

___ 60301 Control por médico

___ 60302 Control por enfermera

___ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ___ Mes ___ Año ___

CONDUCTA

Remisión

Interconsulta

Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ___

María Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
C.C. 1.010.766.936

RESPONSABLE

Francia Quiñones

USUARIO

DN 003

OK

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1.004.744.341 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 2024

C.C. X T. I. ☐ R.C. ☐ MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA 3830108

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castillo	Angulo	Meilin Yurleidi

FECHA DE NACIMIENTO Día ☐ Mes ☐ Año ☐

EDAD 24 A Día 14 Mes 01 Año 2000

SEXO
☐ Masculino
X Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA EPS: Asmet Salud

TIPO USUARIO
☐ Contributivo X Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☐ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☐ NO X

DISCAPACITADO: SI ☐ NO X Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ☐ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____

ARS EPS: Asmet Salud

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Mabui Payan Dirección: _____

Barrio / Vereda: 18 de Mayo Tel.: 323 9103066 Zona Urbana ☐ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional X Primera vez

Especialidad Nutricion ☐ Control

Cod. Diag. Principal Z00 Tipo de DX I I I

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX I I I

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

☐	No discapacidad	☐	Del cuidado personal
☐	De la conducta	☐	De la destreza
☐	De la locomoción	☐	De la determinación aptitud
☐	De la comunicación	☐	Otras restricciones actividad
☐	Disposición del cuerpo	☐	De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve
☐ Moderado
☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐	39141	Consulta de primera vez
☐	60301	Control por médico
☐	60302	Control por enfermera
☐	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

Ana María Obando U.
NUTRICIONISTA DIETISTA
RESPONSABLE

MEIL C.
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1004744341 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3830140

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castillo	Angulo	Meilin Yorledi

FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año

EDAD 24 A Día 14 Mes 01 Año 2000

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** Asmet Salud

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Mayor Payan Dirección: _____
Barrio / Vereda: 18 de Mayo Tel.: 3239103066 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z T 24 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Trabajadora Social
C.C. 1.089.766.935
RESPONSABLE

USUARIO

DN 003

* XS

15

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No.

No. Identificación 1087.843.216 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	2019

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830165

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

42

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Valkevilla	Perlaza	Yael Keiden

FECHA DE NACIMIENTO [illegible]

EDAD 11 meses Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS** Nueva Eps

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco. Dirección: Esprella
Barrio / Vereda: Esprella Tel.: 3155912852 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Transito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofidico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Daniela Guevara M.
[illegible]
RESPONSABLE

x Emilia Surgery Perlaza
USUARIO

16

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No.

No. Identificación 1087.043.216 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830185

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Vallecilla		Yael Keiden

FECHA DE NACIMIENTO 01 11 2023

EDAD 11 meses Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: ARS Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Esprielia
Barrio / Vereda: Esprielia Tel.: 3155412852 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z724 Tipo de DX 1

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad [ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta [ ] De la destreza
[ ] De la locomoción [ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación [ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo [ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Diego F... RESPONSABLE

... Surgery Patient
USUARIO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No.

No. Identificación 1037950786 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830243

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Graterol	Gonzales	Luciano

FECHA DE NACIMIENTO D 20 M 08 A 23

EDAD 1 Día 1 Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Savia Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Ninguno

ARS Savia Salud

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Llorente.

Barrio / Vereda: Llorente Tel.: 3503677087 Zona Urbana [ ] Rural [Y]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad [ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta [ ] De la destreza
[ ] De la locomoción [ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación [ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo [ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 38101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Daniela Guevara M.
NUTRICIONISTA DIETISTA
RESPONSABLE

Suahil Gonzales
USUARIO

12

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No.

No. Identificación 1037950786 Tipo

Día	Mes	Año
21	08	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

383020

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Grateról	Gonzales.	Luciano

FECHA DE NACIMIENTO 20 08 24

EDAD [ ] Día [1] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Savia Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] **NO** [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] **NO** [X] **Cual:**

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Ninguno

ARS Savia Salud

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Llorente

Barrio / Vereda: Llorente. Tel.: 3503677087 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Atención Psicosocial [X] Primera vez

Especialidad Psicología [ ] Control

Cod. Diag. Principal Tipo de DX
ZT24 [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX
[ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Transito	07	Lesion por agresion	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofidico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontologica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

DIEGO RAMOS

Diego F. Ramos.
RESPONSABLE

Sarhil Gonzales
USUARIO

OK

7

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 25798268 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. X T. I. R.C. MSI

ASI P.T. C. EXT.

No. De FACTURA 3830204

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Aparicio	Parado	Yessica

40

FECHA DE NACIMIENTO 20 09 2024

EDAD 27 Día Mes Año

SEXO
- Masculino
- X Femenino
- Indeterminado

ASEGURADORA Asmet Salud

TIPO USUARIO
- Contributivo
- X Subsidiado
- Vinculado
- Particular
- Otro

TIPO DE AFILIADO
- X Beneficiario
- Cotizante
- Adicional

DESPLAZADO: SI NO X

DISCAPACITADO: SI NO X Cual:

ETNIA: BLA NEG IND MEZ Otro: Ninguno

ARS Asmet Salud

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco (Illorente) Dirección: la Balanza

Barrio / Vereda: El Jardin Tel.: 3216887649 Zona Urbana Rural X

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial X Primera vez

Especialidad Psicosocial Control

Cod. Diag. Principal Z724 Tipo de DX 1 1 1

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX 1 1 1

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	X 13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

No discapacidad	Del cuidado personal	
De la conducta	De la destreza	**GRADO**
De la locomoción	De la determinación aptitud	Leve
De la comunicación	Otras restricciones actividad	Moderado
Disposición del cuerpo	De determinada aptitud	Severa

PROMOCIÓN Y PRÉVENCIÓN

- 39141 Consulta de primera vez
- 60301 Control por médico
- 60302 Control por enfermera
- 39101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Diego F Ramos
RESPONSABLE

Yessica Aparicio
USUARIO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 25798268 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830214

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Aparicio	Parada	Yessica

FECHA DE NACIMIENTO 27 09 2004

EDAD 27 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: ARS Asmet Salud

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco(Llorente) Dirección: la Balza
Barrio / Vereda: El Jardin Tel.: 3216889649 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E260 Tipo de DX [1]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ] No discapacidad [ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta [ ] De la destreza
[ ] De la locomoción [ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación [ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo [ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Daniela Guevara M.
NUTRICIONISTA DIETISTA
RESPONSABLE

Yessica Aparicio
USUARIO

* N

17

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No. _____

No. Identificación 1087718507 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

39

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ucro	Quintero	Jerney Alexander

FECHA DE NACIMIENTO [redacted]

EDAD 2 Día 22 Mes 11 Año 21

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva eps

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Las Palmas
Barrio / Vereda: Estrella Tel.: 3114152028 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Atención Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z7.24 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesion por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ]	39141	Consulta de primera vez
[ ]	60301	Control por médico
[ ]	60302	Control por enfermera
[ ]	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Diego F Ramos
RESPONSABLE

USUARIO

18

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No. _____

No. Identificación 1087218507 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	24

C.C. [ ] T.I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Vieira	Quintero	Jaimes Alexander

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 2 Años Día 22 Mes 11 Año 21

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: La Palmas
Barrio / Vereda: Esperanza Tel.: 3114152028 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E-640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Transito	[07]	Lesion por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ]	39141	Consulta de primera vez
[ ]	60301	Control por médico
[ ]	60302	Control por enfermera
[ ]	36101	Consulta de primera vez odontologica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Daniela Guevara M.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1102

RESPONSABLE

USUARIO

015

1

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No.

No. Identificación 1087217696 Tipo

Día 18 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830295

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

38

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Hernandez	Precado	Yehily Milagros

FECHA DE NACIMIENTO [ ] [ ] [ ]

EDAD 3a Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Ninguno

ARS Emssanar

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: B/30 de Octubre. Llorente.

Barrio / Vereda: B/30 de Octubre Tel.: 3154613951 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Atención Psicosocial [X] Primera vez

Especialidad Psicología. [ ] Control

Cod. Diag. Principal F124 Tipo de DX [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

DIEGO RAMOS
Universidad de Nariño

Diego F. Ramos.
RESPONSABLE

María Rubiriam Perea
USUARIO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No.

No. Identificación 1087217696 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830302

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Hernandez	Preciado	Yehily Milagros

FECHA DE NACIMIENTO [ ] [ ] [ ]

EDAD 3a Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ] DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Ninguna ARS Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: B130 de Octubre. Florente
Barrio / Vereda: B130 de Octubre Tel.: 3154013951 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Daniela Guevara M.
NUTRICIONISTA DIETISTA
RESPONSABLE

Maria Rubiriam Perea
USUARIO

OK

13

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7
¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.
Historia No.
No. Identificación 1087215958 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T.I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830226

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

37

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Landazuri	Cuanga	Zireth Zahara

FECHA DE NACIMIENTO [ ] [ ] [ ]

EDAD 4 años Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA _____

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]
DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ ARS asmet salud

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Esphella
Barrio / Vereda: Esphella Tel.: 3138166593 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Atencion Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Daniela Guevara M.
NUTRICIONISTA DIETISTA
RESPONSABLE

Samantha Cuanga
USUARIO

14

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD!

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No.

No. Identificación 1087213958 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830235

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Landazuri	Cuanga	Zireth Zahara

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 4 años Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: Asmet Salud

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MES [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Esperilla
Barrio / Vereda: Esperilla Tel.: 3138166593 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Atencion Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z124 Tipo de DX [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 38101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atencion del Recien Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Diego Ramos
RESPONSABLE

Samantha Cuanga
USUARIO

5

OK OK

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1088143791 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 38302269

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

35

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Moncayo	Pascal	Danny Daniela.

FECHA DE NACIMIENTO 12 12 2008

EDAD 16 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [ ] DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [X] MES [ ] Otro: _____ ARS _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco (Llorente) Dirección: B/El jardin
Barrio / Vereda: B/El jardin Tel.: _____ Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z124 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[ ]	Accidente de Trabajo	[ ]	Evento Catastrófico	[ ]	Sospecha Violent. Sexual
[ ]	Accidente de Tránsito	[ ]	Lesión por agresión	[ ]	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ]	Accidente Rábico	[ ]	Lesión auto infligida	[ ]	Enfermedad General
[ ]	Accidente Ofídico	[ ]	Sospecha Malt. Físico	[ ]	Enfermedad Profesional
[ ]	Otro Tp. Accidente	[ ]	Sospecha Abs. Sexual	[ ]	Otra

[ ] No discapacidad [ ] Del cuidado personal

[ ] De la conducta [ ] De la destreza
[ ] De la locomoción [ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación [ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo [ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ]	Atención del Parto
[ ]	Atención del Recién Nacido
[ ]	Atención Planificación Familiar
[ ]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ]	Detección Alteraciones Embarazo
[ ]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ]	Detección Enfermedad Profesional
[ ]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Diego F Ramos
RESPONSABLE

DANNY moncayo Pascal
USUARIO

6

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087814391 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830271

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Moncayo	Pascal	Danny Daniela

FECHA DE NACIMIENTO [illegible]

EDAD 16 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [ ] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [X] MES [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco (Llorente) Dirección: B/El Jardin.
Barrio / Vereda: B/ El Jardin Tel.: 3218031529 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal 0260 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Daniela Guevara M.
PROFESIONAL DIETISTA
RESPONSABLE

DANNY moncayo Pascal
USUARIO

Irelly

falta notificar

X N

9

Ultimo

34

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No.

No. Identificación 1004 615 307 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Arango	Luisa Gabriela

FECHA DE NACIMIENTO 19 / 03 / 2000

EDAD 24 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[X] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MES [X] Otro:

ARS Sanitas

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco - Ilorente Dirección:
Barrio / Vereda: Pueblo nuevo Tel.: 312 879 1986 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z729 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresion	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontologica

Cód. Diagnóstico

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

DIEGO RAMOS
Psicólogo
T.P. 157206
Universidad Mariana

Diego F Ramos
RESPONSABLE

Gabriela Cortes
USUARIO

OK 10

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No.

No. Identificación 1004615307 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Arango	Gabriela

FECHA DE NACIMIENTO [illegible]

EDAD 24 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[X] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MES [X] Otro:

ARS Sanitas

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco - Urbano Dirección:
Barrio / Vereda: Pueblo Nuevo Tel.: 312 879 1986 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E260 Tipo de DX 1

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 39101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Daniela Guevara M.
RESPONSABLE

Gabriela Cortes.
USUARIO

OK

3

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: C H D N

Historia No.:

No. Identificación: 1087122827 Tipo

Día: 19 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA: 38302778

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

33

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Garcia	Neiby Yuliana

FECHA DE NACIMIENTO: [illegible]

EDAD: 17a Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Asmet Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [ ] DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ ARS: _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco(Llorente) Dirección: Bodega
Barrio / Vereda: Bodega Tel.: _____ Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: Valoracion nutricional [X] Primera vez
Especialidad: Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal: O25X Tipo de DX: [ ]

Cod. Diag. Relacionado de: _____ Tipo de DX: [ ]

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[X] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico: _____

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD: [ ]

Daniela Guevara M.
NUTRICIONISTA DIETISTA
[illegible]6172
RESPONSABLE

Yuliana Cortes Garcia
USUARIO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087122827 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3830288

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Garcia	Neiby Yuliana

FECHA DE NACIMIENTO 21 09 2005

EDAD 19 Año Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Famisanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [ ] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco (llorente) Dirección: Bagueria
Barrio / Vereda: Bagueria Tel.: Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z T 2 4 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad [ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta [ ] De la destreza
[ ] De la locomoción [ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación [ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo [ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Diego F Ramos
RESPONSABLE

Yuliana Cortes Garcia
USUARIO

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1140166882 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guevara	Rodriguez	Sayra Elilabeth

FECHA DE NACIMIENTO 08 Mes 02 Año 08

EDAD 15 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Peña Colorada
Barrio / Vereda: Peña Colorada Tel.: 3117659149 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal O25X Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Daniela Guevara M.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. [illegible]0172

RESPONSABLE

Xzaira Elizabeth
USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CH D N

Historia No. _____

No. Identificación 1140166887 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guevara	Rodriguez	Sayra Elizabeth

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 15 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Peña Colorada
Barrio / Vereda: Peña Colorada Tel.: 3117659149 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Psicosocial [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z724 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ]	39141	Consulta de primera vez
[ ]	60301	Control por médico
[ ]	60302	Control por enfermera
[ ]	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Diego F Ramos
RESPONSABLE

xzaira Elizabeth
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

X Nutrición

33

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN las palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087 807 724 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

60

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castro	Dajome	Yeidi Yaribeth

FECHA DE NACIMIENTO
Día | Mes | Año

EDAD 18 Día 28 Mes 10 Año 2005

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas SAS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Voladero. Humbot mary
Barrio / Vereda: Voladero Tel.: 3104131066 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [X] Primera vez
Especialidad trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087185581
RESPONSABLE

Yeidy Castro
USUARIO
cc.1087807724

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN - Las palmas

Historia No.

No. Identificación 1087807724 Tipo

Día 26 Mes 09 Año 2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castro	Dajome	Yeidy Yaribeth

FECHA DE NACIMIENTO Día 28 Mes 10 Año 2005

EDAD 18 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas SAS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MES [ ] Otro: ARS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección:
Barrio / Vereda: Voladero Tel.: 3104131066 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal 025X Tipo de DX [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

T/B

ISABEL BENITEZ
Nutricionista Dietista
RESPONSABLE
T.P 1004615396

Yeidy Castro
USUARIO
CC: 1087807724

DN 003

0F

23

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Viento libre

Día 20 Mes 09 Año 2024

Historia No. _____

No. Identificación 1247468255 Tipo C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ] ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3801051

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

59

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Angulo	Arizala	Oscar Fabian

FECHA DE NACIMIENTO Día Mes 2003

EDAD 11 meses Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva eps

TIPO USUARIO [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO [X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Tres cruces

Barrio / Vereda: Tres cruces Tel.: 3160861958 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutrición [X] Primera vez

Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ]	39141	Consulta de primera vez
[ ]	60301	Control por médico
[ ]	60302	Control por enfermera
[ ]	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto	
02	Atención del Recién Nacido	
03	Atención Planificación Familiar	
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años	
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años	
06	Detección Alteraciones Embarazo	
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años	
08	Detección Alteraciones Agudeza visual	
09	Detección Enfermedad Profesional	
10	No Aplicada	

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA Remisión Interconsulta Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

T/B

ISABEL BENITEZ
RESPONSABLE
Nutricionista Dietista
T.P 1004615396

x Ana lucia
USUARIO
1087202739

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Viento libre | Día 20 | Mes 09 | Año 2024 | No. De FACTURA 3828109

Historia No. _____

No. Identificación 1247468255 Tipo | C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ] ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Angulo	Arizala	Oscar fabian

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] 2023

EDAD 11 meses Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS.

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: AV. playa tres cruces
Barrio / Vereda: tres cruces Tel.: 3160867958 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [X] Primera vez
Especialidad trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087185583
Stefania Obando J.
RESPONSABLE

Analucia
USUARIO
CC 1078202124

DN 003

OK

13

58

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Vientolibre

Historia No. _____

No. Identificación 1087810850 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	2024

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3828107

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Bazan	Vallecilla	Maria Isabel

FECHA DE NACIMIENTO Día 19 Mes 08 Año 2009

EDAD 15 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA ensanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: TUMACO Dirección: tres cruces
Barrio / Vereda tres cruces Tel.: 3150386396 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087105588

RESPONSABLE

* ISABEL BAZAN
USUARIO
1087 810 850

DN 003

P4

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Yumbo Libre | Día 20 | Mes 09 | Año 2024 | No. De FACTURA

Historia No. _____

No. Identificación 1087810850 Tipo | C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ] | ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Bazan	Valladlla	Maria Isabel

FECHA DE NACIMIENTO Día 09 Mes 08 Año 2009

EDAD 15 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Avenida La Playa
Barrio / Vereda: Tres Cruces Tel.: 3150386396 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal E260 Tipo de DX [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Isabel Benitez
ISABEL BENITEZ
RESPONSABLE
Nutricionista Dietista
T.P 1004615396

ISABEL BAZAN
CC. 1087810850
USUARIO

DN 003

Nutrición

217

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N Nuevo Libre

Historia No. _____

No. Identificación 1.087 219.651 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

57

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Torres	Perlaza	Lizzy Ainara

FECHA DE NACIMIENTO — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 1 Día 27 Mes 09 Año 2022

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA nueva eps

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: panama p. Camboya
Barrio / Vereda: panama Tel.: 3168458009 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA ORANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087185583
RESPONSABLE

Esperanza Torres
USUARIO
cc 1087809248

DN 003

28

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Viento libre

Historia No. _____

No. Identificación 1087219651 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3801079

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Torres	Perlaza	Lizzy Ainara

FECHA DE NACIMIENTO Día 07 Mes 09 Año 2012

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva Eps

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Puente Camboya
Barrio / Vereda: Panamá Tel.: 3168458009 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	[X]	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

ISABEL BENITEZ
Nutricionista Benitez
T.P. 1004615396
PROFESIONAL

Esperanza Torres
1087805248
USUARIO

DN 003

OK

5

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087220448 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3801120

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

5b

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guisamano	Caicedo	Bellingham Andrés

FECHA DE NACIMIENTO: Día 06 Mes 05 Año 2023

EDAD: 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO: [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Nueva eps

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: El Jardin

Barrio / Vereda: Ciudadela Tel.: 3218783068 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	X	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO: [ ] Leve [ ] Moderado [ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ]	39141	Consulta de primera vez
[ ]	60301	Control por médico
[ ]	60302	Control por enfermera
[ ]	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto	
02	Atención del Recién Nacido	
03	Atención Planificación Familiar	
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años	
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años	
06	Detección Alteraciones Embarazo	
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años	
08	Detección Alteraciones Agudeza visual	
09	Detección Enfermedad Profesional	
10	No Aplicada	

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

T/B

ISABEL BENITEZ
Nutricionista Dietista
RESPONSABLE
T.P 1004615396

Rosmary del pilar
1087779055
USUARIO

DN 003

6

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN- ciudadela

Historia No. _____

No. Identificación 1087220448 Tipo

Día 18 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3828098

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Wuisamano	caicedo	Bellinghom Andres

FECHA DE NACIMIENTO Día 06 Mes 05 Año 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA _____

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: El Jardín
Barrio / Vereda: ciudadela Tel.: 3218783068 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CC 1087105363
RESPONSABLE

Rosmarq del pilar
USUARIO

DN 003

* Nutrición

39

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Ciudadela

Historia No. _____

No. Identificación 1087842908 Tipo

Día 27 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [x] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Rascos	Bravo	Nayar Adriel

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 1 Día 07 Mes 06 Año 2023

SEXO
[x] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NUEVA EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [x] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[x] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [x]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Buenos Aires

Barrio / Vereda: Buenos Aires Tel.: 3216092309 Zona Urbana [x] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [x] Primera vez

Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z724 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ]	39141	Consulta de primera vez
[ ]	60301	Control por médico
[ ]	60302	Control por enfermera
[ ]	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087405563
RESPONSABLE

CC 1087 204 238
USUARIO

DN 003

40

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N Ciudadela

Historia No. _____

No. Identificación 1087842908 Tipo

Día 27 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

380-1064

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Riascos	Bravo	Nayar Adriel

FECHA DE NACIMIENTO Día 07 Mes 06 Año 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Buenos Aires
Barrio / Vereda: Buenos Aires Tel.: 3216042309 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricion [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal E 640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 X Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

T/B

ISABEL BENITEZ
Nutricionista Dietista
RESPONSABLE
T.P 1004615396

1087204238
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Las palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087841418 Tipo

Día	Mes	Año
19	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3801110

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Centeno	García	Alexia Kataleya

54

FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Mallamas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Viento libre
Barrio / Vereda: Viento libre Tel.: 3234790928 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutrición [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	X	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

T/B

ISABEL BENITEZ
Nutricionista Dietista
RESPONSABLE
T.P 1004615396

x Veronica Garcia
USUARIO
CC 1087818628

DN 003

10

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN. Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087841418 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3828100

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Centeno	García	Alexia Katalexa

FECHA DE NACIMIENTO Día [2] Mes [2] Año [2022]

EDAD [2] Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA mallamas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Viento libre
Barrio / Vereda: Viento Libre Tel.: 3234790928 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z724 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087185583
RESPONSABLE

Veronica Garcia
1087185583
USUARIO

DN 003

OK

4

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN - Las palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087218978 Tipo

Día 18 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3801096

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Mosquera	Montaño	Elian Enrique

53

FECHA DE NACIMIENTO 01 04 2022

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: 7 de agosto
Barrio / Vereda: 7 de agosto Tel.: 3216578249 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	X	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

T/B

ISABEL BENITEZ
Nutricionista
T.P 1004615396
RESPONSABLE

x Yurani Mosquera
1004614074
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087218978 Tipo

Día 18 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3828095

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Mosquera	Montaño	Elian enrrique

FECHA DE NACIMIENTO Día 01 Mes 04 Año 2022

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emsanar.

TIPO USUARIO [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO [X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: 7 agosto
Barrio / Vereda: 7 agosto Tel.: 3216578249 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	[X]	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad [ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta [ ] De la destreza
[ ] De la locomoción [ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación [ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo [ ] De determinada aptitud

GRADO [ ] Leve [ ] Moderado [ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OSPINA TRABAJADORA SOCIAL CC 1087185365

RESPONSABLE

Yurani Mosquera
USUARIO
1004614071

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087218341 Tipo

Día 18 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3828094

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Aparicio	Paz.	Ruben Lond

FECHA DE NACIMIENTO Día 1 Mes 11 Año 2021

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA ensanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Nueva creación
Barrio / Vereda: _____ Tel.: 3116632450 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Val. Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad trabajo social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[X] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarereferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANY OSPINA
CC 1087190583
RESPONSABLE

USUARIO
1087120897

DN 003

2

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN las palmas

Día 18 Mes 09 Año 2024

Historia No. _____

No. Identificación 1087218341 Tipo

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3801038

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Aparicio	Paz	Ruben Land

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [2021]

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [X] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Nueva Creación
Barrio / Vereda: Nueva Creación Tel.: 3116632458 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad: Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal: E640 Tipo de DX: [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de: _____ Tipo de DX: [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

T/B

ISABEL BENITEZ
Nutricionista Dietista
T.P 1004615396
RESPONSABLE

Irene K Paz O.
1087120897
USUARIO

DN 003

OK

3

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Ciudadela.

Historia No. _____

No. Identificación 1087217684 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3828097

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ibarbo	Prescado	Celeny Samara

FECHA DE NACIMIENTO Día 1 Mes 7 Año 23

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Ensanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Ezfuerzo 7
Barrio / Vereda: Ciudadela Tel.: 3103588444 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [X] Primera vez
Especialidad ~~Trabajo Social~~ [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	X	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OSSO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087225593

RESPONSABLE

x Yuri Alexandra
1089554609.
USUARIO

DN 003

4

oto novbre

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Ciudadela

Historia No. _____

No. Identificación 1087217684 Tipo?

Día 18 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [x] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3828092

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ibarbo	Prciado	Caluny Samaira

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[x] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [x] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[x] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [x] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Esquema 01
Barrio / Vereda: Ciudadela Tel.: 3103588944 Zona Urbana [x] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutrición [x] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Maria J Benitez
RESPONSABLE
ISABEL BENITEZ
Nutricionista Dietista
T.P 1004615396

Yuri Alexandra
cc 1089479689
USUARIO

DN 003

OK

19

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN ciudadela

Historia No. _____

No. Identificación 1004616231 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3828110

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

50

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Prepado	Arias	Julia Katherine

FECHA DE NACIMIENTO Día 24 Mes 06 Año 2003

EDAD 21 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Ensanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Buenos aires
Barrio / Vereda: Buenos Aires Tel.: 3172647504 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087185581
RESPONSABLE

Julia Prepado
1004616231
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.061.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Ciudadela

Historia No. _____

No. Identificación 1004616231 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 2029

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Preciado	Arias	Julia Katherine

FECHA DE NACIMIENTO Día 04 Mes 06 Año 2003

EDAD 21 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: B/ Buenos Aires
Barrio / Vereda: Buenos Aires Tel.: 3127647504 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal 025X Tipo de DX [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	[X] Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera-vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

- 01 Atención del Parto
- 02 Atención del Recién Nacido
- 03 Atención Planificación Familiar
- 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- 06 Detección Alteraciones Embarazo
- 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- 09 Detección Enfermedad Profesional
- 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Benitez
RESPONSABLE

Julia Preciado
USUARIO 1004616231

DH 003

* Nutrición

29

¡PUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Viento Libre

Historia No. _____

No. Identificación 1087778406 Tipo

Día	Mes	Año
24	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
ORDOÑEZ	ORTIZ	ARIANA ISABEL

FECHA DE NACIMIENTO
Día | Mes | Año

EDAD 21 Día 29 Mes 08 Año 2003

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Ensanar.

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Caseta
Barrio / Vereda: Panama Tel.: 3218151298 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [X] Primera vez
Especialidad trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z724 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087185583
RESPONSABLE

x Ariana Isabel
USUARIO
x 1087778406

DN 003

30

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Viento Libre

Historia No. _____

No. Identificación 1087778406 Tipo

Día 24 Mes 09 Año 2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ordoñez	Ortiz	Ariana Isabel

FECHA DE NACIMIENTO 29 08 2003

EDAD 21 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MES [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: La Casata

Barrio / Vereda: Panamá Tel.: 3218151258 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal 025X Tipo de DX [X] 1 1

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX 1 1 1

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violenl. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto inflígida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospechar Mall. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

T/B

María Benavides

ISABEL BENAVIDES
RESPONSABLE
Nutricionista Dietista
T.P 1004615396

Ariana Isabel Ordoñez
CC 1087778406

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

* Nutrición

17

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Viento Libre

Historia No. _____

No. Identificación 1.087.802 746 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

48

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Torres	Castillo	Nazly Estefania

FECHA DE NACIMIENTO
Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 16 Día 29 Mes 07 Año 2007

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emsanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: panama. p Cambaya
Barrio / Vereda: panama Tel.: 312 606 9029 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de Z 724 Tipo de DX [ ][ ][ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087105583
RESPONSABLE

Nazly Estefania Torres Castillo
USUARIO
TI 1.087 802 746

DN 003

18

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Viento Libre

Historia No. _____

No. Identificación 1087802746 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Torres	Castillo	Nazly Estefania

FECHA DE NACIMIENTO 23 09 2007

EDAD 17 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ] DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MES [ ] Otro: _____ ARS _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: TUMACO Dirección: Puente Camboya
Barrio / Vereda: Panamá Tel.: 3126069024 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal O25X Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[X] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

V/B

ISABEL BENITEZ
Nutricionista Dietista
RESPONSABLE
TP 1004615396

Nazly estefania torres Castillo
CC
USUARIO
1.087.802.746

DN 003

OK

16

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN viento libre

Historia No. _____

No. Identificación 1087779465 Tipo

Día	Mes	Año
19	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3828102

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

47

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montaño		Diana Marcela

FECHA DE NACIMIENTO Día 31 Mes [ ] Año 1998

EDAD 26 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Av. la Playa.
Barrio / Vereda: tres Cruces Tel. 3205749235 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087186583

Stefania Obando J.
RESPONSABLE

x Diana Marcela
USUARIO
1087779465

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Nuevo Libre | Día 19 | Mes 09 | Año 2024 | No. De FACTURA

Historia No. _____

No. Identificación 1087779465 Tipo | C.C. X | T. I. | R.C. | MSI | ASI | P.T. | C. EXT.

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montaño		Diana Marcela

FECHA DE NACIMIENTO: 21 | 01 | 1998

EDAD: 26 Día | Mes | Año

SEXO: Masculino | X Femenino | Indeterminado

ASEGURADORA: Nueva EPS

TIPO USUARIO: Contributivo | X Subsidiado | Vinculado | Particular | Otro

TIPO DE AFILIADO: X Beneficiario | Cotizante | Adicional

DESPLAZADO: SI X NO

DISCAPACITADO: SI NO X Cual: _____

ETNIA: BLA | NEG X | IND | MES | Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Avenida La Playa

Barrio / Vereda: Tres Cruces Tel.: 3205249235 Zona Urbana X Rural

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración y Intervención X Primera vez

Especialidad Nutricionista | Control

Cod. Diag. Principal: O26D | Tipo de DX: X | 1 | 1

Cod. Diag. Relacionado de: _____ | Tipo de DX: 1 | 1 | 1

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	X	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

	No discapacidad		Del cuidado personal
	De la conducta		De la destreza
	De la locomoción		De la determinación aptitud
	De la comunicación		Otras restricciones actividad
	Disposición del cuerpo		De determinada aptitud

GRADO: Leve | Moderado | Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

	39141	Consulta de primera vez
	60301	Control por médico
	60302	Control por enfermera
	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

María Isabel Benítez
RESPONSABLE
Nutricionista Dietista
T.P 1004615396

Diana Montaño
1087779465

DIN 603

ok

15

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Viento libre

Historia No. _____

No. Identificación 1087109271 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3828105

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

46

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones	Prado	Julieth Fernanda

FECHA DE NACIMIENTO Día 12 Mes 12 Año 1998

EDAD 25 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva Eps

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: tres cruces
Barrio / Vereda tres cruces Tel.: 3185387769 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Psicosocial [X] Primera vez
Especialidad trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087105583
RESPONSABLE

x Julieth Quiñones
USUARIO
CC 1087 109 271

DN 003

P6

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Viento Libre

Historia No. _____

No. Identificación 1087109271 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones	Prado	Juliath Fernanda

FECHA DE NACIMIENTO Día 06 Mes 06 1998

EDAD 25 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NUEVA EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] **NO** [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] **NO** [X] **Cual:** _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Avenida La Playa

Barrio / Vereda Tres Cruces Tel.: 3185387769 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal E260 Tipo de DX [X] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

T/B

ISABEL BENITEZ
RESPONSABLE
Nutricionista Dietista
T.P 1004615396

Juliath Quiñones
CC 1087109271

DN 003

Nutricion

38

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Punto libre

Historia No. _____

No. Identificación ~~1087458803~~ Tipo
1087 803 458

Día 21 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

45

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Segura	Arias	Yulis Isabel

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 76 Día 30 Mes 03 Año 2008

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Buenos Aires
Barrio / Vereda: Buenos Aires Tel.: 312 880 5087 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087185583
RESPONSABLE

YU ISABEL SEGURA AR
USUARIO
CC 1087 458 803

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN Viento Libre | Día 21 | Mes 09 | Año 2024 | No. De FACTURA

Historia No. ____

No. Identificación 1087803458 Tipo | C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ] | ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Segura	Arias	Yuli Isabel

FECHA DE NACIMIENTO 30 | 05 | 2008

EDAD 16 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
- [ ] Masculino
- [X] Femenino
- [ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
- [ ] Contributivo
- [X] Subsidiado
- [ ] Vinculado
- [ ] Particular
- [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
- [X] Beneficiario
- [ ] Cotizante
- [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: ____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: ____ **ARS** ____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Buenos Aires
Barrio / Vereda: Buenos Aires Tel.: 3172647504 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal O25X — Tipo de DX [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de ____ — Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofidico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico ____

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

María T. Benítez
ISABEL BENITEZ
RESPONSABLE
Nutricionista Dietista
T.P 1004615396

Yuli Isabel Segura Arias
USUARIO
1087803458

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

X Nutrición

25

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087789141 Tipo

Día	Mes	Año
19	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

44

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arroyo	Quintero	Maria Nicol

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 18 Día 16 Mes 03 Año 2006

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño. Mpio: Tumaco Dirección: nueva Creacion
Barrio / Vereda: Bucauro Tel.: 3233166007 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta VL psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

STEFANIA OBANDO
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087185583
RESPONSABLE

maria nicol Arroyo
USUARIO
1087789141

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Ciudad Las Palmas

Historia No. _____

No Identificación 1082789141 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2029

C.C. [X] T.I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arroyo	Quiñones	María Nicol

FECHA DE NACIMIENTO 06 03 2006

EDAD 18 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: S [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: S [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MES [ ] Otro _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto. Nariño Mpio Tumaco Dirección: Nueva Esperanza
Barrio / Vereda: Bucarasco Tel 3233166003 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal: O26O — Tipo de DX: P [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de: _____ — Tipo de DX: [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violenc. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	GRADO	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

ISABEL BENAVIDES
RESPONSABLE
Nutricionista Dietista
T.P 1004615396

«María Nicol Arroyo
cc 1087[illegible]

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

X Nutrición

21

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N Puente Libre

Historia No. _____

No. Identificación 1087110470 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	2024

C.C. X T. I. ___ R.C. ___ MSI ___
ASI ___ P.T. ___ C. EXT. ___

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

43

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Loaiza	Bermudez	paula andrea

FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año

EDAD 20 Día 13 Mes 09 Año 2004

SEXO
- ___ Masculino
- X Femenino
- ___ Indeterminado

ASEGURADORA nueva eps

TIPO USUARIO
- ___ Contributivo
- X Subsidiado
- ___ Vinculado
- ___ Particular
- ___ Otro

TIPO DE AFILIADO
- ___ Beneficiario
- ___ Cotizante
- ___ Adicional

DESPLAZADO: SI X NO ___ **DISCAPACITADO:** SI ___ NO X Cual: _____

ETNIA: BLA ___ NEG X IND ___ MEZ ___ Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Puente Lamboya
Barrio / Vereda: Panana p Lamboya Tel.: 3138887497 Zona Urbana ___ Rural ___

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion psicosocial X Primera vez
Especialidad Trabajo Social ___ Control

Cod. Diag. Principal 2 724 Tipo de DX I I I

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX I I I

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

- ___ No discapacidad
- ___ De la conducta
- ___ De la locomoción
- ___ De la comunicación
- ___ Disposición del cuerpo
- ___ Del cuidado personal
- ___ De la destreza
- ___ De la determinación aptitud
- ___ Otras restricciones actividad
- ___ De determinada aptitud

GRADO
- ___ Leve
- ___ Moderado
- ___ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- ___ 39141 Consulta de primera vez
- ___ 60301 Control por médico
- ___ 60302 Control por enfermera
- ___ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ___ Mes ___ Año ___

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ___

STEFANIA ORJUELA
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1087105583

Recibido: PAULA BOLAÑOS
USUARIO
1087110470

DN 003

22

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN - Viento libre

Historia No. _____

No. Identificación 1087110470 Tipo

Día 26 Mes 09 Año 2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cuero	Bermudez	Paula Andrea

FECHA DE NACIMIENTO 03 / 09 / 2004

EDAD 20 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva eps

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Puente cambaya
Barrio / Vereda: Panamá Tel.: 3138881797 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional [X] Primera vez
Especialidad Nutricionista [ ] Control

Cod. Diag. Principal E260 Tipo de DX [X] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Isabel Benítez
RESPONSABLE
Nutricionista Dietista
T.P 1004615396

Paula Cuero
USUARIO
CC: 1087110470

GH 003

OK

61

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087 221 995 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3797396

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cuero	Estacio	Eylin Mariana

32

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 3M Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Cuadra # 12 fondo
Barrio / Vereda: 11 de Noviembre Tel.: 3219796453 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ]	39141	Consulta de primera vez
[ ]	60301	Control por médico
[ ]	60302	Control por enfermera
[ ]	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
CC 1310.165.938
RESPONSABLE

Dulce María Garces
USUARIO
*1740767607

DN 003

62

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087221975 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3797406

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cuero	Estacio	Eylin Manara

FECHA DE NACIMIENTO Día [07] Mes [06] Año [2024]

EDAD 3M Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Cuadra #12 fondo
Barrio / Vereda: 11 de Noviembre Tel.: 3219796553 Zona Urbana [—] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [✓] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.108.442
RESPONSABLE

*Dulce María Garcés
USUARIO
*1140167667

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: las Palmas

Historia No.:

No. Identificación: 1087112014 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [x] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA: 3797196

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montaño	Mosquera	Glendy

FECHA DE NACIMIENTO: Día 29 Mes 06 Año 2002

EDAD: 22A Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[x] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [x] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[x] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [x] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS** Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Casa 60
Barrio / Vereda: Basito Tel.: 302 6983908 Zona Urbana [x] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: V. Psicosocial [x] Primera vez
Especialidad: Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Z724 Tipo de DX: 1 1 1

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX: 1 1 1

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

- 01 Atención del Parto
- 02 Atención del Recién Nacido
- 03 Atención Planificación Familiar
- 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- 06 Detección Alteraciones Embarazo
- 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- 09 Detección Enfermedad Profesional
- 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

T/S Yenicela Fernanda Montaño C
Trabajadora Social
RESPONSABLE

Glendy
1087112014
USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: Los Palmas
Historia No.:
No. Identificación: 1087112014 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [x] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA
Prelimar
3797205

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montaño	Mojarrango	Glendy

FECHA DE NACIMIENTO: Día 07 Mes 05 Año 2002
EDAD: 22A Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[x] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [x] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[x] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [x] NO [ ]
DISCAPACITADO: SI [ ] NO [x] Cual:
ETNIA: BLA [ ] NEG [x] IND [ ] MEZ [ ] Otro:
ARS: Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Casa 60
Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 302 6983908 Zona Urbana [x] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: V. Nutricional [x] Primera vez
Especialidad: Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal: 0260 Tipo de DX: I I I
Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX: I I I

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1 084.688.442
Ana M. Obando Q
RESPONSABLE

*Glendy
*1087712014
USUARIO

DN 003

Contributivo

67

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Nueva EPS

Historia No. _____

No. Identificación 1061797103 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	24

C.C. [✓] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA
Prelacer
3800672

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Valverde	Orobio	Yarleny Carolina

30

FECHA DE NACIMIENTO 26 | Mes | 1996

EDAD 27A Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Nueva EPS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Palo de mango fondo

Barrio / Vereda: Unión Victoria Tel.: 311 3515533 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta U. Nutricional [✓] Primera vez

Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal 0260 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando
NUTRICIONISTA
LP 1.064.2...
Ana M. Obando
RESPONSABLE

Carolina Valverde
USUARIO
1061797103

DN 003

68.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Nueva EPS

Historia No. _____

No. Identificación 1061797103 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	24

C.C. [✓] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3800685

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Valverde	Orobio	Yarleny Carolina

FECHA DE NACIMIENTO 18 Mes 1996

EDAD 27a Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [ ] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Polo de mango fondo
Barrio / Vereda: Unión Victoria Tel.: 3113515533 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Trabajadora Social CC 1061797103
RESPONSABLE

Carolina Valverde O.
USUARIO
1061797103

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1247468193 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3797415

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Torres	Preciado	Liam Dereck

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 11M Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[✓] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Emssanar

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Cuadra #9 de caseta c.

Barrio / Vereda: 11 de Noviembre Tel.: 3148203735 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [✓] Primera vez

Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad Geñeral
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ]	39141	Consulta de primera vez
[ ]	60301	Control por médico
[ ]	60302	Control por enfermera
[ ]	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
TP/M 6081442
Ana M Obando Q.
RESPONSABLE

Maria Preciado
1004640482
USUARIO

DN 003

64

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

JPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1247468193 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3797427

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Torres	Preciado	Liam Dereck

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [2023]

EDAD [11M] Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[✓] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Cuadra # 9 Dg Caseto C.
Barrio / Vereda: 11 de Noviembre Tel.: 314 820 3735 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Valencia Trabajadora Social

RESPONSABLE

María Preciado
1004640482

USUARIO

DN 003

Francisco Pizarro OK

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1235 289 019 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3800704

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Blandon	Castillo	Dael Camilo

FECHA DE NACIMIENTO Día 08 Mes 09 Año 2029

EDAD 2A 1M Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[✓] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS 118

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [✓]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [✓] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Nueva EPS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Casa 122

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3217007753 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez

Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
C.C. 1.085.[illegible]
RESPONSABLE

USUARIO
59'485 124.

DN 003

52

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1235239019 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3800709

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Blandon	Castillo	Dael Camilo

FECHA DE NACIMIENTO 06 May 2021

EDAD 2A 10M Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[✓] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nuevo EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [✓]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [✓] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Nuevo EPS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Caso 122

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3214007753 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [✓] Primera vez

Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General ✓
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
RNA 1.004.080.168

RESPONSABLE

USUARIO
59485124

DN 003

3796796 OK

59

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087 220 953 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Torres	Cacedo	Keyler Camilo

27

FECHA DE NACIMIENTO Día [26] Mes [08] Año [03]

EDAD [1a 1m] Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[✓] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nuevo EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [✓] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Nueva EPS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Puente don Aniano

Barrio / Vereda: Av. la playa Tel.: 3170083231 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez

Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Moreno C.
Trabajadora Social
[illegible]

RESPONSABLE

maxia CACedo
1087220334
USUARIO

DN 003

3796804

60

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087220953 Tipo

Día	Mes	Año
16	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [-] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Torres	Giraldo	Kheyler Camilo

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 1a 1m Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[-] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nuevo EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [-] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[-] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [+]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [+] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** Nuevo EPS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Puente don Aniano

Barrio / Vereda: Av. la playa Tel.: 3170083281 Zona Urbana [-] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [-] Primera vez

Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
RESPONSABLE

USUARIO
1087220953

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087220406 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3796896

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montaño	Quiñones	Genesis Sofia.

FECHA DE NACIMIENTO 09 Mar 2022

EDAD 1a9m Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas.

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Afro

ARS Sanitas.

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Cuadra 8

Barrio / Vereda: Los Angeles - California Tel.: 3114302640 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1098408442
RESPONSABLE

Maria del Carmen Q
USUARIO
1087796661

DN 003

4

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN
Historia No.:
No. Identificación: 1087220406 Tipo:

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA: 3796904

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montaño	Quiñones	Geneos Sofia.

FECHA DE NACIMIENTO: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD: [ ] Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO: [ ] Masculino [X] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Sanitas

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Afro

ARS: Sanitas S.

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: cuadra 8

Barrio / Vereda: los Angeles-California Tel.: 3114302640 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: Psicosocial [X] Primera vez

Especialidad: Trabajo social [ ] Control

Cod. Diag. Principal: 7724 Tipo de DX: [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX: [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad [ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta [ ] De la destreza
[ ] De la locomoción [ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación [ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo [ ] De determinada aptitud

GRADO: [ ] Leve [ ] Moderado [ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD: [ ]

María Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
C.C. 1010.196.974

Ma Fernanda Moreno
RESPONSABLE

Maria del carmen q
USUARIO
1087796661

DN 003

OK

37

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Puerto del Medio

Historia No. _____

No. Identificación 1087220453 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3796828

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

25

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Rojas	Tenorio	Caterin Yarelis

FECHA DE NACIMIENTO 06 / Mes / 2021

EDAD 3A Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Mallamas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Afro

ARS Mallamas

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: _____

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3215310167 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez

Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Moreno
Trabajadora Social
CC. 1087220453

RESPONSABLE

*Luis Rojas

USUARIO

DN 003

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Puente del Medio

Historia No. _____

No. Identificación 1087220453 Tipo

Día	Mes	Año
13	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3796833

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Rojas	Tenorio	Caterin Yarelis

FECHA DE NACIMIENTO [06] [09] [2006]

EDAD 3A Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Mallamas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Afro

ARS Mallamas

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: _____

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3215310167 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [✓] Primera vez

Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
TP 1004603442

RESPONSABLE

Luis Rojas

USUARIO

DN 003

Cali - Valle. OK

49

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Divino Niño

Historia No. _____

No. Identificación 1030024544 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3797430

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Riascos	Cuero	Jesus Aimar

FECHA DE NACIMIENTO Día 05 Mes 05 Año 2002

EDAD 18 a 11 m Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Nueva EPS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Casa 98

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3185372502 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [X] Primera vez

Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.008.442
RESPONSABLE

Daysi Cuero
USUARIO
1.087.126.182

DN 003

30

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Divino Niño

Historia No. _____

No. Identificación 1030024544 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3797433

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Blandon	Cuero	Jesus Amar

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 1A Día [ ] Mes [11] Año [ ]

SEXO
[✓] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [✓] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [✓] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Nueva EPS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Casa 98

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3183322502 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez

Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Narváez
Trabajadora Social
RESPONSABLE

Dayi Cuero
USUARIO
1-087-126-182

DN 003

OK

29

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087842348 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3797098

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

23

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arcos	Mero	Stefani Sofia.

FECHA DE NACIMIENTO Día [Día] Mes [Mes] Año [Año]

EDAD 1A 10M Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [✓] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [✓] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [✓] Otro: _____ **ARS** Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Bajito
Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3188489694 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [✓] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E 640. Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
TP 1 084408 442
RESPONSABLE

Jennifer Arcos Mero
USUARIO
1 087 132 849

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Los Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087842348 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3797112

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arcos	Mero	Stefani Sofia

FECHA DE NACIMIENTO Día 07 Mes 06 Año 22

EDAD 1A 10M Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [✓]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [✓] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [✓] Otro: _____

ARS Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Bajito
Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3188489694 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
RESPONSABLE

Jennifer Arcos Mero
USUARIO
1087 132 849

DN 003

OK

33

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: Las Palmas

Historia No.:

No. Identificación: 1087841337 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA: 3797179

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Micolta	Alegria	Lian Yasiel

22

FECHA DE NACIMIENTO: 03 / 09 / 2021

EDAD: 3 años — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO: [✓] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Nueva EPS

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [✓] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [✓]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [✓] Cual: ____

ETNIA: BLA [ ] NEG [✓] IND [ ] MEZ [ ] Otro: ____

ARS: Nueva EPS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: ____

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3148485974 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: U. Nutricional [✓] Primera vez

Especialidad: Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal: E640 Tipo de DX: [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de: ____ Tipo de DX: [I] [I] [I]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO: [ ] Leve [ ] Moderado [ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico: ____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD: [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
TP. 1084408448
Ana M. Obando Q.
RESPONSABLE

*Wendy Alegria
*1086725414
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas.

Historia No. _____

No. Identificación 1087841337. Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3797189

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Micolta	Alegria	Liam Yasiel.

FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año
03	09	

EDAD

35. Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO

[✓] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Nueva EPS

TIPO USUARIO

[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO

[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [✓]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [✓] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [✓] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño. Mpio: Tumaco Dirección: _____

Barrio / Vereda: Bajito. Tel.: 3148485979. Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta 2. Psicosocial [✓] Primera vez

Especialidad Trabajo social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO

[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Trabajadora Social

Fernanda Parra. RESPONSABLE

Wendy Alegria USUARIO

1086725414

DN 003

OK

43

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087 219 242 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3797285

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones	Ortiz	Aylin Tatiana

FECHA DE NACIMIENTO

Día 18 Mes Ago Año 02

EDAD

2A 2M Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO

[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO

[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO

[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [✓] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [✓] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Emssanar

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Caso 176 - 245

Barrio / Vereda: Puertas del Sol Tel.: 3170081796 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez

Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
Emssanar

RESPONSABLE

Tatiana Ortiz

1087196408 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No.

No. Identificación 1087219242 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [x] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3797291

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones	Ortiz	Aylin Tatiana

FECHA DE NACIMIENTO Día 18 Mes 07 Año 2002

EDAD 21a 2m Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[x] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [x] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[x] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [x] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [x] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS Emssanar

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Casa 176 - 245

Barrio / Vereda: Puertas del sol Tel.: 3170081756 Zona Urbana [x] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [x] Primera vez

Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.084.408.442

RESPONSABLE

Tatiana Ortiz

USUARIO
1087196406

DN 003

OK

29

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas.

Historia No. _____

No. Identificación 1087188876 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [x] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3797086

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Solis	Ethan Javier.

20

FECHA DE NACIMIENTO 09 03 22

EDAD 2a6m Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[✓] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA AsmcSalud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [✓] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [✓] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [✓] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Cabuda Posfienda Vadalgo

Barrio / Vereda: Basito Tel.: 3218762226 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración nutricional [✓] Primera vez

Especialidad Natación [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. No. 605 1442
Ana M. Obando Q.
RESPONSABLE

Yessica Solis
USUARIO
1087123343

DN 003

2

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087218876 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 24

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. ☒ MSI ☐

ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA 3797091

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Solis	Ethan Jafet.

FECHA DE NACIMIENTO Día 09 Mes 03 Año 20

EDAD 2. Día ☐ Mes 6. Año ☐

SEXO
☑ Masculino
☐ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA Asmesalud

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ☑ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☑ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☑ NO ☐ **DISCAPACITADO:** SI ☑ NO ☐ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ☑ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____ **ARS** Asmesalud.

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Entrada por la tienda Verdaga
Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3218762226 Zona Urbana ☑ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta VL-Psicosocial ☑ Primera vez

Especialidad Trabajo Social ☐ Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX I I I

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX I I I

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

☐ No discapacidad ☐ Del cuidado personal
☐ De la conducta ☐ De la destreza
☐ De la locomoción ☐ De la determinación aptitud
☐ De la comunicación ☐ Otras restricciones actividad
☐ Disposición del cuerpo ☐ De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

Maria Fernanda Moreno C.
Trabajadora Social
C.C. 1.088.165.571

RESPONSABLE

Vessica Solis
1087123343

USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N. Nuevo Horizonte

Historia No. _____

No. Identificación 1087841379. Tipo

Día	Mes	Año
18	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3796842

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Hernandez	Arboleda	Liam Said

FECHA DE NACIMIENTO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [2022]

EDAD [2 A 7 M] Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: AFRO. **ARS** Sanitas

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco. Dirección: Angeles-California
Barrio / Vereda: A. California. Tel.: 3114302640 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración psicosocial [X] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z724 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda [illegible] Trabajadora Social [illegible]
RESPONSABLE

[illegible]
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN. Nuevo Horizonte.

Historia No. _____

No. Identificación 1087841379 Tipo

Día 18 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3796863

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Hernandez	Arboleda	Liam Said.

FECHA DE NACIMIENTO Día 12 Mes 02 Año 2022

EDAD 2a7m Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas.

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[/] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Afro

ARS _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Los Angeles-California.
Barrio / Vereda: California Tel.: 3114302640 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración nutricional [/] Primera vez
Especialidad Nutrición. [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	[/]	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
CR 1 084 405 422
RESPONSABLE

Yolanda del Carmen Q.
USUARIO

DN 003

3789305 18/10 69

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 1087 217 239 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Cedeño	Emely Yadira.

FECHA DE NACIMIENTO [ ] [ ] [ ]

EDAD [ ] Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]
DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:
ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro:
ARS Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Cuadra 12
Barrio / Vereda: 11 de Noviembre Tel.: 3207297207 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [1] [1]

990207

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ]	39141	Consulta de primera vez
[ ]	60301	Control por médico
[ ]	60302	Control por enfermera
[ ]	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[01]	Atención del Parto	
[02]	Atención del Recién Nacido	
[03]	Atención Planificación Familiar	
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años	
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años	
[06]	Detección Alteraciones Embarazo	
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años	
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual	
[09]	Detección Enfermedad Profesional	
[10]	No Aplicada	

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Marín Trabajadora Social Especialista

María Fernanda Marín
RESPONSABLE

Leonarda Cortes
USUARIO
1087806246

DN 003

3796789

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087 217 239 Tipo

Día 26 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Cedeño	Emely Yadira

FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año

EDAD 34 Años Día Mes Año

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS Emssanar

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Cuadra 12

Barrio / Vereda: 11 de Noviembre Tel.: 3207291205 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [✓] Primera vez

Especialidad Nutricion [ ] Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX 1 1 1 — 9902035

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX 1 1 1

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.408.442
RESPONSABLE

Leonarda Cortes
1087806246
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No. _____

No. Identificación 1087789225 Tipo

Día	Mes	Año
19	09	24

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA preliminar 3796989

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Luna	Castillo	Heidy Johana

FECHA DE NACIMIENTO [05] [03] [02]

EDAD 22 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Afro

ARS _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Coadra 10
Barrio / Vereda: 11 de noviembre Tel.: _____ Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración nutricional [ ] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal O25X Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.084.408.442
RESPONSABLE

Heidy Luna
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS C.H.D.N.
Historia No.
No. Identificación 1.087789225 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 24.

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3796979

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Luna	Castillo.	Heidy Johana.

FECHA DE NACIMIENTO 08 03 2002

EDAD 22 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [✓] NO [ ]
DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:
ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: AFRO.
ARS Emssanar.

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: 11 de Nov cuadra 10
Barrio / Vereda: 11 de Noviembre Tel.: 3136855639 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Psicosocial [✓] Primera vez
Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
C.C. 1.018.458.938

RESPONSABLE

Heidy Luna

USUARIO

DN 003

OK

31

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087 217187 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [✓] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3797061

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

16

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guerrero	Ferrin	Ashlyn Sofia

FECHA DE NACIMIENTO Día [02] Mes [Mes] Año [2020]

EDAD [3A 11M] Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [✓] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [✓] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [✓] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Emssanar

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Diag Iglesia Evangelica

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3138975576 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [✓] Primera vez

Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ]	39141	Consulta de primera vez
[ ]	60301	Control por médico
[ ]	60302	Control por enfermera
[ ]	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto	
02	Atención del Recién Nacido	
03	Atención Planificación Familiar	
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años	
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años	
06	Detección Alteraciones Embarazo	
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años	
08	Detección Alteraciones Agudeza visual	
09	Detección Enfermedad Profesional	
10	No Aplicada	

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Mg. Fernanda Moreno C
Trabajadora Social
C.C. 1.085.271.868

RESPONSABLE

Angie Liliana Ferrin
1087158868

USUARIO

DN 003

1

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087217187 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	24

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. ☑ MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA

3797082

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guerrero	Farfan	Ashlyn Sofia

FECHA DE NACIMIENTO Día ☐ Mes ☐ Año ☐

EDAD 3A 11M Día ☐ Mes ☐ Año ☐

SEXO
☐ Masculino
☑ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ☑ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☑ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☑ NO ☐

DISCAPACITADO: SI ☐ NO ☑ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ☑ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____

ARS Emssanar

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Diag Iglesia Evangelica

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3138875576 Zona Urbana ☑ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional ☑ Primera vez

Especialidad Nutrición ☐ Control

Cod. Diag. Principal E640 Tipo de DX 1 1 1

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX 1 1 1

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

☐	No discapacidad	☐	Del cuidado personal
☐	De la conducta	☐	De la destreza
☐	De la locomoción	☐	De la determinación aptitud
☐	De la comunicación	☐	Otras restricciones actividad
☐	Disposición del cuerpo	☐	De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve
☐ Moderado
☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐	39141	Consulta de primera vez
☐	60301	Control por médico
☐	60302	Control por enfermera
☐	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

Ana María Obando O.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. [illegible]
RESPONSABLE

Angie Liliana G. Farfan
1087115868
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087781703 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	24

C.C. ✓ T. I. ☐ R.C. ☐ MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA

3797255

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Casierra	Carvajal	Manuela Andrea

FECHA DE NACIMIENTO Día 18 Mes 05 Año 2005

EDAD 19a Día ☐ Mes ☐ Año ☐

SEXO
☐ Masculino
✓ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ✓ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
✓ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☐ NO ✓

DISCAPACITADO: SI ☐ NO ☐ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ✓ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____ **ARS** Sanitas

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Casa 372a
Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3158233253 Zona Urbana ✓ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial ✓ Primera vez
Especialidad Trabajo Social ☐ Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX I I I

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX I I I

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

☐ No discapacidad
☐ De la conducta
☐ De la locomoción
☐ De la comunicación
☐ Disposición del cuerpo
☐ Del cuidado personal
☐ De la destreza
☐ De la determinación aptitud
☐ Otras restricciones actividad
☐ De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve
☐ Moderado
☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

María Fernanda Mamian C. Trabajadora Social
RESPONSABLE

*Manuela Casierra
* 1087781703
USUARIO

DN 003

56

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1087781703 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	24

C.C. [✓] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA
preliminar
3797264

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Asierro	Carvajal	Manuela Andrea

FECHA DE NACIMIENTO Día 16 Mes 05 Año 2005

EDAD 19 A Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [✓]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [✓] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Sanitas

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Casa 372a
Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3158233253 Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [✓] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal 0260 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando O.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.608.442
Ana M. Obando O.
RESPONSABLE

Manuela Asierro
USUARIO
1087781703

DN 003

Folio. - Mañana

97

TS *

Mañana

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No. _____

No. Identificación 1086727647 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3796998

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

14

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cuero	Del Castillo	Martha Inés

FECHA DE NACIMIENTO Día 16 Mes 02 Año 2009

EDAD 14. Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[✓] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar.

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Afro

ARS _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Unión Victoria la 40

Barrio / Vereda: Unión Victoria. Tel.: 3158672425 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Psicosocial [✓] Primera vez

Especialidad Trabajo Social. [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Moreno C. Trabajadora Social Diana Tapia Moreno.
RESPONSABLE

USUARIO

DN 003

2

12

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N.

Historia No. _____

No. Identificación 1086727647 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA
Preferencial
3797006

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cuero	Del Castillo	Martha Inés

FECHA DE NACIMIENTO 16 08 2009

EDAD 14. Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO [ ] Masculino [✓] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA Ensesanar.

TIPO USUARIO [ ] Contributivo [✓] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: Afro **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Unión Victoria. la 40
Barrio / Vereda: Unión Victoria Tel.: 3158692425 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoración Nutricional. [✓] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E260 Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad [ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta [ ] De la destreza
[ ] De la locomoción [ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación [ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo [ ] De determinada aptitud

GRADO [ ] Leve [ ] Moderado [ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.608.443
Ana M. Obando Q.
RESPONSABLE

X _____
USUARIO

DN 003

* TS

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Puerto del Medio

Historia No. _____

No. Identificación 1148948770 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	24

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 37972724

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

13

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñonos		Yoly Tatiana

FECHA DE NACIMIENTO Día ~~Mes~~ ~~Año~~

EDAD 15 a Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA ~~Emssanar~~ 062

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] ~~Subsidiado~~
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS Emssanar

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Cra 114

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3217716583 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Psicosocial [X] Primera vez

Especialidad Trabajo Social [ ] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 ~~Control~~ por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

María Fernanda Navarro C.
Trabajadora Social
C.C. 1.010.166.936

RESPONSABLE

USUARIO 1148948770

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Puerto del Medio

Historia No. _____

No. Identificación 1148948770 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	24

C.C. [ ] T. I. [/] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA
prelor
37977277

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones		Yoli Tatiana

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 15A Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[/] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [/] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[/] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [/] **NO** [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] **NO** [ ] **Cual:** _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [/] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** Emssanar

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Casa 114
Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3217716583 Zona Urbana [/] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta V. Nutricional [/] Primera vez
Especialidad Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal E25X — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ — Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1094 [illegible]
Ana M. Obando Q.
RESPONSABLE

USUARIO
1148948770

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Puente del Pidra

Historia No. _____

No. Identificación 1087 814 045 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	24.

C.C. ✓ T. I. ☐ R.C. ☐ MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA 3797241

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guanga	Cortes	Erika Marcela

FECHA DE NACIMIENTO Día 09 Mes 12 2004

EDAD 19a Día ☐ Mes ☐ Año ☐

SEXO
☐ Masculino
✓ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS.

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ✓ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
✓ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☐ NO ✓ **DISCAPACITADO:** SI ☐ NO ☐ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ✓ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____ **ARS** Nueva EPS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Calle 130
Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3103889822. Zona Urbana ✓ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta VL. Psicosocial ✓ Primera vez
Especialidad Trabajo Social ☐ Control

Cod. Diag. Principal Z 724. Tipo de DX I I I

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX I I I

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

☐	No discapacidad	☐	Del cuidado personal
☐	De la conducta	☐	De la destreza
☐	De la locomoción	☐	De la determinación aptitud
☐	De la comunicación	☐	Otras restricciones actividad
☐	Disposición del cuerpo	☐	De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve
☐ Moderado
☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐	39141	Consulta de primera vez
☐	60301	Control por médico
☐	60302	Control por enfermera
☐	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto	
02	Atención del Recién Nacido	
03	Atención Planificación Familiar	
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años	
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años	
06	Detección Alteraciones Embarazo	
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años	
08	Detección Alteraciones Agudeza visual	
09	Detección Enfermedad Profesional	
10	No Aplicada	

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

María Fernanda Moreno C.
Trabajadora Social
RESPONSABLE

USUARIO
1087 814 045

DN 003

54

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: Puente del Medio

Historia No.:

No. Identificación: 1087 814 045 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	24

C.C. [x] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA: prelum 8797246

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guango	Cortes	Erika Marcela

FECHA DE NACIMIENTO: Día [ ] Mes [ ] 2004

EDAD: 20 a Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO: [ ] Masculino [x] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N. EPS

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [x] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [x] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [x]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [x] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS NUEVA EPS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: Casa 130

Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3103889822 Zona Urbana [x] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: V. Nutricional [x] Primera vez

Especialidad: Nutrición [ ] Control

Cod. Diag. Principal: O25X Tipo de DX: 1 1 1

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX: 1 1 1

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO: [ ] Leve [ ] Moderado [ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana María Obando Q.
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P. 1.004.109.442
RESPONSABLE

x Erika
x 1087814045
USUARIO

DN 003

Gestante

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087204513 Tipo:

Día	Mes	Año
17	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Salazar	Castillo	Angela María

FECHA DE NACIMIENTO: 22 / MEZ / 1995

EDAD: 28 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N.E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Los angeles Tel.: Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez [ ] Control

Especialidad:

Cod. Diag. Principal: Bajo peso para edad gestacional — Tipo de DX: 1 1 1

Cod. Diag. Relacionado de: — Tipo de DX: 1 1 1

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Cat A.
RESPONSABLE

Angela Salazar
USUARIO
1087204513

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087-715.801 Tipo

Día 18 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cuero	Angulo	Luisa Zahory

FECHA DE NACIMIENTO 08 Mes 2019

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 Nov Tel.: 3104402446 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de desnutricion [X] Primera vez

Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CUA A.
RESPONSABLE

Claudia Angulo
1087-7998 USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS: C H D N

Historia No.:

No. Identificación: 1087-219062 Tipo

Día: 18 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Rentería	Delgado	Darwin Gael

FECHA DE NACIMIENTO: Día 23 Mes 05 Año 2022

EDAD: 2 Día [ ] Mes [ ] Año 1

SEXO: [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Comsanar

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tcc Dirección:

Barrio / Vereda: El Nov Tel.: 3206292223 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez

Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [1] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Cut D.
RESPONSABLE

Natalia Delgado
1087198570 USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS: CHDN
Historia No.:
No. Identificación: 1087.843.404 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Barrero	Cortez	Isa Natiara

FECHA DE NACIMIENTO: 29 / 05 / 2024

EDAD: 3 meses — Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: mallamas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]
DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 Nov Tel.: 3185055091 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]
Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día / Mes / Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

Maisa alejandra
1087.107945 USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C H DN

Historia No. _____

No. Identificación 1.087.220551 Tipo

Día 18 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Cuero	IAN Andres

FECHA DE NACIMIENTO 26 05 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 Nov Tel.: 3156889363 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Laura Cuero
1087.121.985 USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS: CHDN
Historia No.:
No. Identificación: 1087.220.511 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arroyo	Rodriguez	Emma Zarami

FECHA DE NACIMIENTO: Día 04 Mes 05 Año 2003
EDAD: 21 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]
DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección:
Barrio / Vereda: El Nogal Tel.: 3225907267 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[X] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Cut A
RESPONSABLE

Yurani Rodriguez
1087.202.434 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CH DN

Historia No.

No. Identificación 1087220215 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Angulo	Caicedo	Jhoan Santiago

FECHA DE NACIMIENTO 08 / 03 / 2023

EDAD 1:6m Día [ ] Mes 9 Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N.E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 Nov Tel.: 3028052666 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día / Mes / Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

Luisa caicedo
1087-80-656 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No. —

No. Identificación 1082841871 Tipo

Día 18 Mes 04 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Torres	DaSome	Keifan miguel

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 2 Día [X] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Norte Mpio: Tco Dirección: _____

Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3138092193 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cat A
RESPONSABLE

1082-7782
07
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087.217.061 Tipo

Día: 18 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arroyo	Gonzalez	Luciana Teresa

FECHA DE NACIMIENTO: 07 / 02 / 2021

EDAD: 3 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO: [ ] Masculino [X] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Asmet Salud

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MES [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: LLANO Tel.: 3242106525 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez

Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX: [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX: [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día / Mes / Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

1092806595 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087842894 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Valencia	Costa	Noemy Gabriela

FECHA DE NACIMIENTO Día 06 Mes 02 Año 23

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco. Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de Nov. Tel.: 3218169988 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

C. H. A.
RESPONSABLE

Linda Castro
USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 1087219387 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [4] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Mejia	Cuero	Braxan Leandro

FECHA DE NACIMIENTO Día 04 Mes 08 Año 2022

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]
DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección:
Barrio / Vereda: El Nuevo Tel.: 3182546933 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de desnutricion [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal Riesgo de DNT. Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Cut A.
RESPONSABLE

Jolanacuero
1086725988 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No.

No. Identificación 1087218329 tipo

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castro	Garcia	Yohanderlis Estefania

FECHA DE NACIMIENTO Día [02] Mes [10] Año [2021]

EDAD [2] Día [X] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Ensanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [X] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tac. Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov. Tel.: 3235921060 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CUT A
RESPONSABLE

Nozareth
30869902 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087 208.707 Tipo

Día: 18 Mes: 09 Año: 2021

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Rodriguez	Quintero	Juan Estiven

FECHA DE NACIMIENTO: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD: 2 Día [x] Mes [x] Año [x]

SEXO: [x] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Asmet Salud

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [x] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Norte Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: 1a de Nov Tel.: 3205262263 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez

Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Riesgo de DNT. Tipo de DX: I I I

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX: I I I

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[ ] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

Taina
1087.205.816 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087.221.642 Tipo

Día 18 Mes 07 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quintero	Salazar	Aaron Darell

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 4 meses Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: El nov Tel.: 3234237810 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez

Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CHDN

RESPONSABLE

NAZLY Salazar
1087999810 USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1-247-468-330 Tipo

Día 18 Mes 09 Año 2024

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. ☑ MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arroyo	Gonzalez	Genesis Daliana

FECHA DE NACIMIENTO 30 Mes 2023

EDAD 9 meses Día ☐ Mes ☐ Año ☐

SEXO
☐ Masculino
☑ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ☑ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☑ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO:SI ☐ NO ☒ **DISCAPACITADO:SI** ☐ NO ☒ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ☒ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 NOV Tel.: 3242106525 Zona Urbana ☑ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de desnutrición ☒ Primera vez
Especialidad _____ ☐ Control

Cod. Diag. Principal Riesgo 2 ONT. Tipo de DX 1 1 1

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX 1 1 1

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

☐ No discapacidad	☐ Del cuidado personal	**GRADO**
☐ De la conducta	☐ De la destreza	☐ Leve
☐ De la locomoción	☐ De la determinación aptitud	☐ Moderado
☐ De la comunicación	☐ Otras restricciones actividad	☐ Severa
☐ Disposición del cuerpo	☐ De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

RESPONSABLE

1192806595 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087841727 Tipo

Día	Mes	Año
18	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castro	ANGULO	THIAGO JOEL

FECHA DE NACIMIENTO Día 05 Mes 05 Año 2023

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Cruzando

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 Tel.: 3114244423 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Carta.
RESPONSABLE

Lorda Angulo
1087205335 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087.220.556 Tipo

Día 18 Mes 09 Año 2024

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. X MSI ☐

ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Salas	Estupiñan	Tihana Lisbeth

FECHA DE NACIMIENTO 28 05 2023

EDAD 1 Día ☐ Mes ☐ Año X

SEXO
☐ Masculino
X Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
☐ Contributivo X Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
X Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☐ NO X **DISCAPACITADO:** SI ☐ NO X Cual:

ETNIA: BLA ☐ NEG X IND ☐ MEZ ☐ Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Norte Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: El Uvo Tel.: 3208236460 Zona Urbana X Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de desnutricion X Primera vez

Especialidad ☐ Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1][1][1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1][1][1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

☐	No discapacidad	☐	Del cuidado personal
☐	De la conducta	☐	De la destreza
☐	De la locomoción	☐	De la determinación aptitud
☐	De la comunicación	☐	Otras restricciones actividad
☐	Disposición del cuerpo	☐	De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve
☐ Moderado
☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐	39141	Consulta de primera vez
☐	60301	Control por médico
☐	60302	Control por enfermera
☐	36101	Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Clara A.
RESPONSABLE

Firma A salas
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087.840610 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2023

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Valencia	Montaño	Yalatti Jhosira

FECHA DE NACIMIENTO 28 DIC 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA SUN Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3107398598 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez

Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CUT A
RESPONSABLE

Michell Montaño
USUARIO
1087798652

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

bastante

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1193.601.731 Tipo

Día 14 Mes 09 Año 2024

C.C. X T. I. R.C. MSI

ASI P.T. C. EXT.

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Salas	Colopiñon	Cindi Paola

FECHA DE NACIMIENTO 05 09 1998

EDAD 26 Día Mes Año X

SEXO
- Masculino
- X Femenino
- Indeterminado

ASEGURADORA N.E.P.S

TIPO USUARIO
- Contributivo
- X Subsidiado
- Vinculado
- Particular
- Otro

TIPO DE AFILIADO
- X Beneficiario
- Cotizante
- Adicional

DESPLAZADO: SI NO X

DISCAPACITADO: SI NO X Cual:

ETNIA: BLA NEG X IND MEZ Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: 11 Nov Tel.: 3217480567 Zona Urbana X Rural

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
- X Primera vez
- Control

Especialidad

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

No discapacidad	Del cuidado personal
De la conducta	De la destreza
De la locomoción	De la determinación aptitud
De la comunicación	Otras restricciones actividad
Disposición del cuerpo	De determinada aptitud

GRADO
- Leve
- Moderado
- Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- 39141 Consulta de primera vez
- 60301 Control por médico
- 60302 Control por enfermera
- 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Cut A.
RESPONSABLE

cindi salas
1193601731
USUARIO

DN 003

CGSkint

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No. _____

No. Identificación 1.004.611.428 Tipo

Día	Mes	Año
19	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Salas	Estupiñan	Ingrid Tatiana

FECHA DE NACIMIENTO Día 05 Mes 05 Año 1996

EDAD 27 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N.E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco. Dirección: _____
Barrio / Vereda: Chijal Tel.: 3236426384 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Ingrid Salas
1004611.428 USUARIO

DN 003

Gestante

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1'111.672363 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Giron	Zambrano	Maria Camila

FECHA DE NACIMIENTO Día 6 Mes [ ] Año 2024

EDAD 17 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda Ciudadela Candamo Tel.: 3128786599 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de desnutricion [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cert A.
RESPONSABLE

MariaCamila
1.111.672.363 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087.217.739 Tipo

	Día	Mes	Año
	20	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Cadeño	Emely Yadira

FECHA DE NACIMIENTO 18 09 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3207291205 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo Desnutricion aguda moderada [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Leonarda Cortes
1087.806.146 USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1.087.187.096 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Burbano		Rosa Amalia

FECHA DE NACIMIENTO: 12 | 03 | 1999

EDAD: 25 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
- [ ] Masculino
- [X] Femenino
- [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Sanitas

TIPO USUARIO
- [ ] Contributivo
- [X] Subsidiado
- [ ] Vinculado
- [ ] Particular
- [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
- [X] Beneficiario
- [ ] Cotizante
- [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de NOV Tel.: 3206476433 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
- [X] Primera vez
- [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Cinta
RESPONSABLE

Rosa Burbano
USUARIO
1087.187.096

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087-218212 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	2022

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Godoy	Godoy	Leslie Nahiara

FECHA DE NACIMIENTO Día 25 Mes 10 Año 2021

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N-EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Norte Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3024352845 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de desnutrición [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CUTA
RESPONSABLE

Camila Godoy Gonzalez
USUARIO
1087.812212

DN 003

Gestante

Vinculada Otro Programa

Portante embarazada

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1004.605.678 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Vidal	Dasome	Bessi Adriana

FECHA DE NACIMIENTO DIS MES 1991

EDAD 33 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tea Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de NOV Tel.: 3114082959 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [ ] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ant A.
RESPONSABLE

Adriana Vidal
USUARIO
1004.605.678

DN 003

Costanta

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1-140-166-240 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arboleda	Cortes	Laura Alejandra

FECHA DE NACIMIENTO Día 29 Mes 08 Año 2007

EDAD 17 Día [ ] Mes [ ] Año [1]

SEXO
[ ] Masculino
[+] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Juanoy del carmen Tel.: 3215584546 Zona Urbana [ ] Rural [4]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Sobre peso [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cinthya
RESPONSABLE

Laura Arboleda
USUARIO
1-140-166-240

DN 003

Gestante

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1,140·166882 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	2024

C.C. [ ] T. I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guevara	Rodriguez	Saira Elizabeth

FECHA DE NACIMIENTO 08 | Mes | 2008

EDAD 15 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NEPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Vinjuya del centro Tel: 3117659149 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Bajo Peso para la edad gestacional [X] Primera vez

Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ]

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[ ] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

USUARIO
Zaira Guevara
1,140·166·882

DN 003

Gestante

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1.061-797103 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido: Valverde

Segundo Apellido:

Nombres: Yarleni Caroline

FECHA DE NACIMIENTO
Día 26 Mes 09 1996

EDAD
27 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: V. Unión Peñoza Tel.: 3113515533 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[X] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Yarleni Valverde
USUARIO
1016-797-103

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: C H D N

Historia No.:

No. Identificación: 1087.221.131 Tipo

Día	Mes	Año
19	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Vente	Montaño	Eilin Zareth

FECHA DE NACIMIENTO: Día 19 Mes 09 Año 2023

EDAD: 10 meses Día [ ] Mes 9 Año 1

SEXO: [ ] Masculino [X] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N. E.P.S

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: 11 Nov Tel.: 3106381981 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez [ ] Control

Especialidad:

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [I]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [I]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Cuta
RESPONSABLE

Diolyd Vente C.
1004608533 USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CH DN

Historia No.:

No. Identificación: 1087220838 Tipo

Día: 19 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Hurtado	Mina	Jordana Elizabeth

FECHA DE NACIMIENTO: 28 / 07 / 2022

EDAD: 2 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de NOV Tel.: 3137340257 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: Desnutricion cronica [X] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cat A.
RESPONSABLE

Sindy
1087106560 USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CH DN

Historia No. _____

No. Identificación 1087.221.702 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Valencia	Montaño	Xaiver Javi

FECHA DE NACIMIENTO Día 19 Mes 05 Año 2024

EDAD 3 meses Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3107398598 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Michell Montaño
USUARIO
1087798652

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087841181 Tipo

Día	Mes	Año
19	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Caicedo	Salas	Jana Navara

FECHA DE NACIMIENTO: Día 19 Mes 07 Año 2021

EDAD: 3 Día [ ] Mes [ ] Año [1]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N. E. P. S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Chajal Tel.: 3236426384 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: Chajal Riesgo de desnutrición [X] Primera vez

Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[01] Atención del Parto	[06] Detección Alteraciones Embarazo
[02] Atención del Recién Nacido	[07] Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[03] Atención Planificación Familiar	[08] Detección Alteraciones Agudeza visual
[04] Detección Alteraciones C y D 10 Años	[09] Detección Enfermedad Profesional
[05] Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años	[10] No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

CHDN
RESPONSABLE

Ingrid Salas
1004611428 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C H D N

Historia No. _____

No. Identificación 1087-218-839 Tipo

Día	Mes	Año
19	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [4] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Barguera	Cortes	Jhon Ismael

FECHA DE NACIMIENTO Día [05] Mes [04] Año [2022]

EDAD [2] Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N.E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tea Dirección: _____
Barrio / Vereda: U. NN Tel.: 3105909063 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

102 Manuela Barguera C.
USUARIO
1087205562

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: C.H. DN

Historia No.:

No. Identificación: 1087-840.958 Tipo

Día	Mes	Año
19	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Salas	Ortiz	Jani DAYAN

FECHA DE NACIMIENTO: 12 / 08 / 2021

EDAD: 3 Día [ ] Mes [1] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N-EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco. Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 NOV Tel.: 3108419859 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cuta
RESPONSABLE

maria ortiz
1087-199630 USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS _____

Historia No. CHDN

No. Identificación 1247.468644 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Aguas	Gallo	Lian Mael

FECHA DE NACIMIENTO Día 05 Mes 09 Año 2010

EDAD 14 Años Día [ ] Mes 7 Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____

Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3235979915 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CutA
RESPONSABLE

Ana mile AGUAS
1130767981 USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS: C H D N

Historia No.:

No. Identificación: 1087217136 Tipo:

Día	Mes	Año
19	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castillo		Luis Fernando

FECHA DE NACIMIENTO: Día 02 Mes 05 Año 2021

EDAD: 3 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Asmet Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Tel.: 3103766104 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [4] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD: [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Gina Ortiz
USUARIO
1089001775

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CH DN

Historia No.

No. Identificación 1087.838479 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Banguera	Cortes	Cristal Scarlett

FECHA DE NACIMIENTO Día 04 Mes 08 Año 2024

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[1] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: El Nuevo Tel.: 3105909063 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de desnutricion [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [I] [I] [I]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cert A
RESPONSABLE

Luz Marina Banguera C.
USUARIO
1087205562

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: C H D N

Historia No.:

No. Identificación: 1087.217.224 Tipo

Día: 19 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montaño	Segura	Brian Dael

FECHA DE NACIMIENTO: Día 10 Mes 05 Año 2021

EDAD: 3 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MES [ ] Otro:

ARS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3215313862 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez [ ] Control

Especialidad:

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [ ][ ][ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

CUFA
RESPONSABLE

Alexandra Segura
USUARIO
1087-114-721

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087.858.563 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cuero	Orobio	Saidy Celeste

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD [4] Día [ ] Mes [ ] Año [Y]

SEXO
[ ] Masculino
[F] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [S] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3147413615 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [1] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX [ ]

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[ ] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CutA
RESPONSABLE

Yamira Orobio E.
1005867370
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CH DN

Historia No. _____

No. Identificación 1087-219-779 Tipo

Día 19 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Bolaño	Siniestra	Dilan Manuel

FECHA DE NACIMIENTO Día 13 Mes 11 Año 2007

EDAD 9 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____

Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3223598974 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

_____
RESPONSABLE

Lizeth Siniestra
USUARIO
1004677201

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1.084.229.391 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Zambrano	Conejo	Brayan Josus

FECHA DE NACIMIENTO Día 27 Mes 03 Año 2021

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año 1

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3137479315 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Mariatatiana Conejo
USUARIO
1087 810 805

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CH DN.
Historia No.:
No. Identificación: 1087216077 Tipo:

Día: 20 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Trujillo	Mecha.	Edith Yaresi

FECHA DE NACIMIENTO: 13 / 12 / 2069

EDAD: 4 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Asmet Salud.

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco. Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3173828319 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: Riesgo de desnutrición [X] Primera vez
Especialidad: _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal: _____ Tipo de DX: [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de: _____ Tipo de DX: [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico: _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD: [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

NINFA M. C.
1089.00 18 93
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087.842952 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Tenorio	Tenorio	Dulce Maria

FECHA DE NACIMIENTO 16 06 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[4] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____

Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3226269924 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta desnutrición aguda ... [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

C.A.
RESPONSABLE

MARIA MELIN TENORIO
USUARIO
1086124684

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1140169685 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [9] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Paz	Casierra	Emanuel

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD 7 meses Día [ ] Mes [1] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. E P S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [9] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[1] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [9] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [9] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3149641159 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [ ] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[01] Atención del Parto	[06] Detección Alteraciones Embarazo
[02] Atención del Recién Nacido	[07] Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[03] Atención Planificación Familiar	[08] Detección Alteraciones Agudeza visual
[04] Detección Alteraciones C y D 10 Años	[09] Detección Enfermedad Profesional
[05] Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años	[10] No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

JEINNI CASIERRA
1089 1159 57
USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1140169542 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2022

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones	Angulo	Elian

FECHA DE NACIMIENTO Día 02 Mes 06 Año 2015

EDAD 7 Día [ ] Mes [ ] Año 4

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [1] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[1] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [9]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [9] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3214587522 Zona Urbana [1] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[1] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Cut A.
RESPONSABLE

USUARIO
1085962

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087-842738 Tipo

Día: 20 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Garcés	Ante	Ana Belen

FECHA DE NACIMIENTO: Día 1 Mes 04 Año 2023

EDAD: 1 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N.E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3102188300 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[X] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cert A.
RESPONSABLE

USUARIO
5968086

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087842080 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Garcés	Perlaza	Ashly Celene

FECHA DE NACIMIENTO 22 / 04 / 2022

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3135693766 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

Monica Mercedes
USUARIO
1134694109

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087-217-853 Tipo

	Día	Mes	Año
	20	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arboleda	Guerrero	Arielandres

FECHA DE NACIMIENTO: 29 / 08 / 2021

EDAD: 3 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [+] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3116282776 Zona Urbana [+] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ][ ][ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cata A.
RESPONSABLE

Erika Guerrero
USUARIO
1078.686-392.

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087220869 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Obando.	Quintones.	Pablo Alexander

FECHA DE NACIMIENTO 05 08 2018

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Norte Mpio: Tco Dirección: _____

Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3178263360 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Vanessa Obando
1089538520
USUARIO

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

E

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1'247-46800? Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. ☒ MSI ☐

ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Paz	Cabrera	Henri Ismael

FECHA DE NACIMIENTO 13 08 2022

EDAD 2 Día ☐ Mes ☒ Año ☐

SEXO
☒ Masculino
☐ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA N EPS

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ☒ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☒ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☒ NO ☐ **DISCAPACITADO:** SI ☐ NO ☒ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ☒ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de Noviembre Tel.: 3141964119 Zona Urbana ☒ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ ☒ Primera vez

Especialidad _____ ☐ Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX I I I

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX I I I

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual	01	Atención del Parto
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.	02	Atención del Recién Nacido
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General	03	Atención Planificación Familiar
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional	04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra	05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años

☐ No discapacidad ☐ Del cuidado personal
☐ De la conducta ☐ De la destreza
☐ De la locomoción ☐ De la determinación aptitud
☐ De la comunicación ☐ Otras restricciones actividad
☐ Disposición del cuerpo ☐ De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

Cut A

RESPONSABLE

JCINNICASIGYYA

1087115957 USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 1087.221.014 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quintero	Ospina	Jeromy David

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD [ ] Días [ ] Meses [1] Años [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]
DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de NOV Tel.: 3215159465 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[X] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]
Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cent A
RESPONSABLE

Gliana Q. O
USUARIO
1148.694.007

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS _____

Historia No. _____

No. Identificación 1.247468279 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Angulo	Mina	Marolin Cataleya

FECHA DE NACIMIENTO Día 04 Mes 09 Año 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____

Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3185507941 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[ ] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

USUARIO

1087.817.685

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087842259 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Valencia	Palma	Maira Alana

FECHA DE NACIMIENTO Día 05 Mes 09 Año 2022

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [1]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [4] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[1] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3148845922 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

USUARIO
1004618513

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS: CHDN
Historia No.:
No. Identificación: 1087842754 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Caicedo	Castillo	Angela Nahomy

FECHA DE NACIMIENTO: Día 6 | Mes 04 | Año 2023

EDAD: 1 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de NOV Tel.: 3168358662 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: Riesgo de desnutricion [X] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [I] [I] [I]

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[ ] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día | Mes | Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

Angelica Castillo
USUARIO
1087-203912

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CH D N

Historia No.

No. Identificación 1087842986 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [+] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Salas	Guerrero	Luis Junior

FECHA DE NACIMIENTO 22 / 06 / 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [+]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [A] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[A] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Ll de NO Tel.: 3154381089 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [+] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Angie Guerrero
USUARIO
1087.197.288

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN.

Historia No.

No. Identificación 1087221975 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cuero	Estacio	Evlin Mariana

FECHA DE NACIMIENTO Día 17 Mes 06 Año 2024

EDAD 3 meses Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____

Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3219796453 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de desnutricion

Especialidad _____

[X] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Dolce Maria
USUARIO
1140167667

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087838487 Tipo

Día 20 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones	Ospina	Dennix Alejandro

FECHA DE NACIMIENTO 13 05 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [4]

SEXO
- [X] Masculino
- [ ] Femenino
- [ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
- [ ] Contributivo
- [X] Subsidiado
- [ ] Vinculado
- [ ] Particular
- [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
- [1] Beneficiario
- [ ] Cotizante
- [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [9] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____

Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3215159485 Zona Urbana [9] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [1] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

- [01] Atención del Parto
- [02] Atención del Recién Nacido
- [03] Atención Planificación Familiar
- [04] Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [05] Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [06] Detección Alteraciones Embarazo
- [07] Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [08] Detección Alteraciones Agudeza visual
- [09] Detección Enfermedad Profesional
- [10] No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Eliana Q.
USUARIO
1148.694.002

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1140169495 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ortiz	Perlaza	Edinso Josue

FECHA DE NACIMIENTO Día 09 Mes 04 Año 2013

EDAD 11 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N-EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Norte Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: U de NOV Tel.: 3123549259 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

INGRID PERLAZA
USUARIO
1004.609.642

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1140169562 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	2024

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. ☒ MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montaño	Ortiz	Valeria Inaí

FECHA DE NACIMIENTO 05 07 2023

EDAD 1 Día ☐ Mes ☐ Año ☐

SEXO
☐ Masculino
☒ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA N.E.P.S

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ☒ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☒ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO:SI ☐ NO ☒ **DISCAPACITADO:SI** ☐ NO ☒ Cual:

ETNIA: BLA ☐ NEG ☒ IND ☐ MEZ ☐ Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3147411795 Zona Urbana ☒ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta ☒ Primera vez
Especialidad ☐ Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX: I I I

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX: I I I

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

☐ No discapacidad	☐ Del cuidado personal
☐ De la conducta	☐ De la destreza
☐ De la locomoción	☐ De la determinación aptitud
☐ De la comunicación	☐ Otras restricciones actividad
☐ Disposición del cuerpo	☐ De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve
☐ Moderado
☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

Cut A.
RESPONSABLE

Maria Jose
USUARIO
1087.794.898

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS C.H. DN

Historia No.

No. Identificación 1087841104 Tipo

Día	Mes	Año
20	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Angulo	Samora	Sailin Yamisell

FECHA DE NACIMIENTO 24 / 09 / 2021

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [X] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de NOV Tel.: 3205262263 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CUT A.
RESPONSABLE

Samora Evelin 1004641526 MAMA
SAMORA SAMORA
USUARIO 1004610384 - hija - MAMA

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C H D N

Historia No.

No. Identificación 1087218507 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 2021

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Vera	Quintero	Ferney Alexander

FECHA DE NACIMIENTO 28 Mes 2021

EDAD 7 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: B/o de Mbumbu Tel.: 3157302371 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez

Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [I][I][I]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [I][I][I]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

USUARIO

1003833571

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1088338850 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [1] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montaño	Estupiñan	Jhon Elkin

FECHA DE NACIMIENTO Día 1 Mes 07 Año 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [1]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [1] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [1]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [9] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Leo Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de NOV Tel.: 3249602695 Zona Urbana [1] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cata
RESPONSABLE

Monica
USUARIO
1086725853

DN 003

Uruevelado
otro Progr

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087859297 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2023

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Vidal		Ian alfonso

FECHA DE NACIMIENTO 30 06 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año 4

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [4] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Teo Dirección: _____
Barrio / Vereda: El Diviso Tel.: 3114082959 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Adriana Vidal
USUARIO
1004605678

DN 003

Vinculado otro Programa

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087837886 Tipo

	Día	Mes	Año
	11	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Landazuri	Marimon	Maria Lucia

FECHA DE NACIMIENTO Día 02 Mes 02 Año 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de NO Tel.: 3174441203 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Bienvenida
USUARIO
59670367

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087.838.443 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Prado	Riascos	Nani Mariana

FECHA DE NACIMIENTO 05 | 05 | 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [4]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de NOV Tel.: 3153441273 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

- [01] Atención del Parto
- [02] Atención del Recién Nacido
- [03] Atención Planificación Familiar
- [04] Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [05] Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [06] Detección Alteraciones Embarazo
- [07] Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [08] Detección Alteraciones Agudeza visual
- [09] Detección Enfermedad Profesional
- [10] No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A
RESPONSABLE

1087 Katty Riascos
USUARIO
1089801920

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087216884 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Andrade	Caicedo	Geikel Matias

FECHA DE NACIMIENTO Día 09 Mes 08 Año 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Quindío Mpio: Tebaida Dirección:
Barrio / Vereda: La Nueva Tel.: 3107428627 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Carta
RESPONSABLE

Lidenis Cuadro Ortiz
USUARIO
1087122136

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CH DN

Historia No. _____

No. Identificación 1087841462 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido: Camacho | Segundo Apellido: Cuero | Nombres: Ikar Matias

FECHA DE NACIMIENTO DG MES 2022

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Mesumera

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____

Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3127979537 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [ ] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[ ] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A
RESPONSABLE

Valeria Cuero
USUARIO
1008779043

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087-219-112 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Amero	Castañeda	Leder Samir

FECHA DE NACIMIENTO Día 04 Mes 02 Año 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3217086461 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

C.A.
RESPONSABLE

Jani Liliana Amero
USUARIO
1087-813-454

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087.839106 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Burbano		Natali Dariana

FECHA DE NACIMIENTO Día 19 Mes 05 Año 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año 4

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de NOV Tel.: 3206476433 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

USUARIO
1087187096

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087841916 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2020

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Chome	Ordoñez	Franyi Her

FECHA DE NACIMIENTO 30 / 05 / 2004

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año 4

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[2] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Tel.: 3164756329 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[7] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Diagnordoñez
USUARIO
1087190993

DN 003

Vinculado en otro Progra

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087859084 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido: Cortez | Segundo Apellido: Prociado | Nombres: Gabriela

FECHA DE NACIMIENTO 28 08 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3128290416 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

NANCI PRECIADO.
USUARIO
1087189684

DN 003

Vinculado a otro programa

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CH DN

Historia No.

No. Identificación 1087840590 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2020

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Cacedo	Cristopher Alexander

FECHA DE NACIMIENTO Día 04 Mes 05 Año 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N.EPS.

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Mpio: Dirección:

Barrio / Vereda: Tel.: 3184243732 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez

Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

USUARIO 1085547745

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CAHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087.219006 Tipo

	Día	Mes	Año
	11	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Dusome.	Arana.	Angel Santiago

FECHA DE NACIMIENTO: 05 / Mez / 2021

EDAD: 2 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3122675525 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [I] [I] [I]

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[ ] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana
RESPONSABLE

Luisa Arana
USUARIO
1004.615.561

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CtH DN

Historia No. _____

No. Identificación 1087217402 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [9] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ventos	Carlos	Adrian Darol

FECHA DE NACIMIENTO 15 05 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssana.

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3122513761 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cuta
RESPONSABLE

Susana Ventes
USUARIO
59.678 436

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD! E.S.E. San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1140169694 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Benavides	Rivadeneira	Eymi Sahory

FECHA DE NACIMIENTO 27 / 02 / 2024

EDAD 6 meses Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: 11 de Nov Tel.: 3224921583 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [ ] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A
RESPONSABLE

Amanda Rivadeneira
USUARIO
1087794472

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1.247.468.193 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Torres	Procado	Liah Dereck

FECHA DE NACIMIENTO Día 06 Mes 05 Año 2023

EDAD 1 meses Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: _____ Tel.: 3148203735 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de desnutricion [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cert A
RESPONSABLE

Maria Procado
USUARIO
1004640482

DN 003

Vinculado otro Programa

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: LEON

Historia No.:

No. Identificación: 1087843057 Tipo

Día	Mes	Año
21	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Landazuri	Tones	Kilian Emanuel

FECHA DE NACIMIENTO Día 28 Mes 04 Año 2024

EDAD 9 Día [ ] Mes [ ] Año 9

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Avenida la playa Tel.: 3158156469 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: Riesgo de desnutricion [X] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [I][I][I]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [I][I][I]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A
RESPONSABLE

Ingrid Torres
USUARIO
1004616467

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087219856 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2020

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [x] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Palacios	Castillo	Delaine Alexandra

FECHA DE NACIMIENTO Día 08 Mes 02 Año 2004

EDAD 16 Día [ ] Mes [ ] Año [x]

SEXO
[ ] Masculino
[x] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA U.E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [x] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[x] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [x]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [x] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [x] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Norte Mpio: Teo Dirección: _____

Barrio / Vereda: V. Ingrapi del aumento Tel.: 3185059252 Zona Urbana [ ] Rural [x]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [x] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[ ] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Melisa Castillo
USUARIO
1087113556

DN 003

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087846828 Tipo:

Día: 23 Mes: 07 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castillo	Rincon	Aaron Josue

FECHA DE NACIMIENTO: Día [2] Mes [06] Año [2022]

EDAD: [2] Día [ ] Mes [ ] Año [4]

SEXO: [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N.E.P.S

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [Q] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: V/ Instituto del Carmen Tel.: 3187803518 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez

Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Cent A.
RESPONSABLE

ROCI Kincon
USUARIO
1004610761

DN 003

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087.216.167 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	2019

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Hurtado	Posada	Yosli Yaffela

FECHA DE NACIMIENTO Día 06 Mes 05 Año 2010

EDAD 9 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sumitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Vinagapi del carmen Tel.: 3225924427 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Clara A.
RESPONSABLE

Wayive Posada
USUARIO
1087195390

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087217997 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2023

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cortes	Guevara	Cielmy Isaura

FECHA DE NACIMIENTO 29 08 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [4] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Teo Dirección: _____
Barrio / Vereda: Vijaguapi del carmen Tel.: 3174448862 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Elvert Angulo
RESPONSABLE

Sofia Guevara
USUARIO
1087-110.538

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS: CHDN
Historia No.:
No. Identificación: 1140169786 Tipo

Día: 23 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [9] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Rosero	Caicedo	Carlos Daniel

FECHA DE NACIMIENTO: 06 / 09 / 2024

EDAD: 8 días — Día [X] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Vanguardia del carmen Tel.: 3233193279 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día: [ ] Mes: [ ] Año: [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

100 Tamara
USUARIO
1087.108151

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CH-DN

Historia No. _____

No. Identificación 1087842340 Tipo

Día 13 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
ALAVA	HURTADO	ISAAC GABRIEL

FECHA DE NACIMIENTO 26 Mes 09 2022

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NEPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Vinguapi del carmen Tel.: 3046254332 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Lucero Hurtado
USUARIO
1087187779

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CH-D.N

Historia No.

No. Identificación 1087837148 Tipo

Día 28 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Camacho	Caicedo	Jesus Elias

FECHA DE NACIMIENTO Día 25 Mes 02 Año 2020

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año 4

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA mallama

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [4] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Vinsuapi del carmen Tel.: 3001547273 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[X] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut Agus
RESPONSABLE

Vicki Caicedo
USUARIO
1087784176

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087-842536 Tipo

Día: 23 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castillo	Quiñones	Jonathan Yagir

FECHA DE NACIMIENTO: Día 26 Mes 09 Año 2023

EDAD: 1 Día [ ] Mes [ ] Año [5]

SEXO: [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N-EPS

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [4] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [4] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [4]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: Vinsuipi del carmen Tel.: 3186075875 Zona Urbana [ ] Rural [4]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez [ ] Control

Especialidad:

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

- [01] Atención del Parto
- [02] Atención del Recién Nacido
- [03] Atención Planificación Familiar
- [04] Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [05] Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [06] Detección Alteraciones Embarazo
- [07] Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [08] Detección Alteraciones Agudeza visual
- [09] Detección Enfermedad Profesional
- [10] No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Cut A.
RESPONSABLE

Kelly Quiñones
USUARIO
1004612574

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHD. N

Historia No.

No. Identificación 1087.937.904 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Alomia	Cortes	Juan Gabriel

FECHA DE NACIMIENTO Día 07 Mes 08 Año 2019

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [A] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Yinguapi del Carmen Tel.: 3186842285 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Clara A.
RESPONSABLE

tatiana
USUARIO
1004.620.869.

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No. _____

No. Identificación 1087840136 Tipo

Día 23 Mes 07 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cuero	Arroyo	Yoselin Alejandra

FECHA DE NACIMIENTO Día 9 Mes 05 Año 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: V/nueva del carmen Tel.: 3126445754 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cinta
RESPONSABLE

cicli
USUARIO
1087125222

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087219336 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Casanova	Benavides	Delaney Michelle

FECHA DE NACIMIENTO Día 02 Mes 05 Año 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año 4

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NUEVA EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda Vinguipi del carmen Tel.: 3161493255 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Lucy Angelica R
USUARIO
1087125336

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087585965 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [4] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Quiñones	Rivas	Angel miguel

FECHA DE NACIMIENTO 02 / 03 / 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Vinsuya del carmen Tel.: 3161493255 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Lucy Angelica R
USUARIO
1087725336

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS: CHDN
Historia No.:
No. Identificación: 1087-217-616 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castro	Castillo	Nuel Arianna

FECHA DE NACIMIENTO: 5 | 07 | 2052

EDAD: 3 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N.E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Vereda Inguapi del Carro Tel.: 3114105333 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[X] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

USUARIO
1004607415

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1089.216.311 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	2024

C.C. [ ] T. I. [/] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castro	Castillo	Alizz Itzayana

FECHA DE NACIMIENTO 05 / 03 / 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N.OPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Villanueva del Carmen Tel.: 3114105333 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [ ] [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [I] [I] [I]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

USUARIO
1004607415

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087-838075 Tipo

Día	Mes	Año
23	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Gomez	Castillo	Eimy Thasibelth

FECHA DE NACIMIENTO 23 Mes 02 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NOPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Yinguapi del carmen Tel.: 3153378673 Zona Urbana [ ] Rural [X]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[X] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A
RESPONSABLE

Yasmin Castro
USUARIO
1004-607-415

DN 003

¡PUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1140169413 Tipo:

Día: 30 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Valleculla	Magallanes	Evelin Oriana

FECHA DE NACIMIENTO: Día 06 Mes 07 Año 2002

EDAD: 22 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: W. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS:**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección:
Barrio / Vereda: Urbanización Etapa 1 Tel.: 3167607458 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [I]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [I]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

USUARIO
1004640017

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087221811 Tipo

Día: 30 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido: Mosquera | Segundo Apellido: Sanchez | Nombres: Melani Sofia

FECHA DE NACIMIENTO: 17 / 06 / 2023

EDAD: 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: no tiene Cumel

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: nuevo horizonte ETP1 Tel.: 3169925782 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez

Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [I][I][I]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [I][I][I]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Lucelly Sanchez
USUARIO
1087781055

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 1087840161 Tipo

Día 30 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Mesias	Landazuri	Thiago Andres

FECHA DE NACIMIENTO 07 09 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NEPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]
DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Ciudad 2000 Tel.: 3136139986 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

-monica landazuri
USUARIO
1004.609493

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS: CHDN
Historia No.:
No. Identificación: 1247.4684 Tipo

Día	Mes	Año
30	09	2024

C.C. [ ] T.I. [X] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Mosas	Landazuri	Sos Milagro

FECHA DE NACIMIENTO: Día 17 Mes 08 Año 2024

EDAD: 1 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Ciudad 2.000 Tel.: 3136139986 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

USUARIO
Isela Mosquera
1087.803.566

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN
Historia No.:
No. Identificación: 1087803567 Tipo

Día	Mes	Año
30	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arizala	Mesias	Briana Isabela

FECHA DE NACIMIENTO: Día 12 Mes 12 2021

EDAD: 2 Día [ ] Mes [✓] Año [+]

SEXO: [ ] Masculino [X] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [ ] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] **NO** [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] **NO** [X] **Cual:**

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda Ciudad 2.000 Tel.: 3215939902 Zona Urbana [+] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [ ]
Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

- Vanessa Mesias
USUARIO
1087803567

DN 003

PUNTOS POR TU SALUD
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087841227 Tipo

Día 30 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Arizala	Mesias	Briana Yiset

FECHA DE NACIMIENTO 02 Mes 09 2007

EDAD 17 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Ciudad 2000 Tel.: 3215939902 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofidico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

_____
RESPONSABLE

Vanessa Mesias
USUARIO
1087803567

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 1087-84298 Tipo

Día 30 Mes 09 Año 2024
C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. X MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Pedraza	Sol	Edinson Samir

FECHA DE NACIMIENTO 10 MES 2023
EDAD 1 Día ☐ Mes X Año ☐

SEXO
X Masculino
☐ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
☐ Contributivo X Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☐ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO:SI ☐ NO X
DISCAPACITADO:SI ☐ NO X Cual:

ETNIA: BLA ☐ NEG X IND ☐ MEZ ☐ Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Ciudad Hermosa (M) Tel.: 3218014238 Zona Urbana X Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta ☐ X Primera vez
Especialidad ☐ Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX: I I I

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX: I I I

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

☐ No discapacidad	☐ Del cuidado personal
☐ De la conducta	☐ De la destreza
☐ De la locomoción	☐ De la determinación aptitud
☐ De la comunicación	☐ Otras restricciones actividad
☐ Disposición del cuerpo	☐ De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve
☐ Moderado
☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

Adriana Sol
USUARIO
1087-20634

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 1087.838.354 Tipo

Día	Mes	Año
30	09	2024

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. ☒ MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Martinez	Rodriguez	Genesis Naiara

FECHA DE NACIMIENTO 05 05 2020

EDAD 4 Día ☐ Mes ☒ Año ☐

SEXO
☐ Masculino
☒ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ☒ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☐ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO:SI ☐ NO ☒ **DISCAPACITADO:SI** ☐ NO ☒ Cual:

ETNIA: BLA ☐ NEG ☒ IND ☐ MEZ ☐ Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Ciudad 2.000mil Tel.: 3147266088 Zona Urbana ☒ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta ☒ Primera vez
Especialidad ☐ Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1][1][1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1][1][1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

☐ No discapacidad	☐ Del cuidado personal	**GRADO**
☐ De la conducta	☐ De la destreza	☐ Leve
☐ De la locomoción	☐ De la determinación aptitud	☐ Moderado
☐ De la comunicación	☐ Otras restricciones actividad	☐ Severa
☐ Disposición del cuerpo	☐ De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

Vaneza Rodriguez
USUARIO
1.143.968.266.

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087.720.749 Tipo

Día	Mes	Año
30	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Solarte	Montaño	Angel Andres

FECHA DE NACIMIENTO Día 06 Mes 06 Año 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Ciudad 2000 Tel.: 3172683345 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Cindy montaño
USUARIO
1087805336.

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 1087840025 Tipo

Día	Mes	Año
30	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montaño	Escobar	Jose Angel

FECHA DE NACIMIENTO 25 / 08 / 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [4] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]
DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual:
ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Ciudad 2000 Tel.: 3173783274 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Martha escobar
USUARIO
1087176280

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087218545 Tipo

Día 30 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Bravo	Ortiz	Devin Dael.

FECHA DE NACIMIENTO 05 Mez 2021

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [1] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Ciudad 2000 Tel.: 3166604655 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de desnutricion [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Angie Ortiz
USUARIO
1193534226

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1030024479 Tipo

Día	Mes	Año
30	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Escobar	Angulo	Luciana Izareth

FECHA DE NACIMIENTO 22 / 07 / 2020

EDAD 2 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NEPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Ciudad 2000 Tel.: 3116551881 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Daniela Angulo
USUARIO
1004734784

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1104849580 Tipo

Día	Mes	Año
30	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Diaz	Angulo	Stanley Nazareth

FECHA DE NACIMIENTO Día 16 Mes 03 Año 2020

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Ciudad 2.000 Tel.: 3017333145 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [I][I][I]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [I][I][I]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Kathenn Angulo
USUARIO
1004234790

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087.84.498 Tipo

Día: 30 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido: Oviedo | Segundo Apellido: Marrongo | Nombres: Samuel Alberto

FECHA DE NACIMIENTO: 28 / 07 / 2022

EDAD: 2 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco. Dirección:
Barrio / Vereda: nuevo horizonte ETP1 Tel.: 3157510140 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [ ][ ][ ]

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[ ] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

Yari Nikol O.
USUARIO
1087 802 538

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CETON

Historia No. _____

No. Identificación 1247468360 Tipo

Día 30 Mes 09 Año 2024

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. ☒ MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Valleculla	Correa	Belki Alexandra

FECHA DE NACIMIENTO Día ~~10~~ Mes ~~05~~ Año ~~2005~~

EDAD 11 Día ☐ Mes ☐ Año ☒

SEXO
☐ Masculino
☒ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ☒ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☐ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☐ NO ☒

DISCAPACITADO: SI ☐ NO ☒ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ☒ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: nuevo horizonte I Tel.: 3158919470 Zona Urbana ☒ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Riesgo de Suicidio ☒ Primera vez
Especialidad _____ ☐ Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX I I I

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX I I I

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

☐ No discapacidad ☐ Del cuidado personal
☐ De la conducta ☐ De la destreza
☐ De la locomoción ☐ De la determinación aptitud
☐ De la comunicación ☐ Otras restricciones actividad
☐ Disposición del cuerpo ☐ De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

_____
RESPONSABLE

Yira Kovina correa
USUARIO
1087128152

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1127.468.073 Tipo

Día 25 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Padilla	Ortega	Yeicob Andres

FECHA DE NACIMIENTO Día 26 Mes 06 Año 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmetsalud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: _____

Barrio / Vereda Nuevo Horizonte Tel.: 3207294982 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cristian A
RESPONSABLE

Ingrid Or
USUARIO
1087.793397

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CH DN

Historia No.

No. Identificación 1087.841373 Tipo

Día 25 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido: Vera | Segundo Apellido: Muñoz | Nombres: Hannah Estefania

FECHA DE NACIMIENTO: Día 01 Mes 07 Año 2022

EDAD: 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: nuevo horizonte Tel.: 3185895997 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ][ ][ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cint A
RESPONSABLE

Esty Alvarez Mn.
USUARIO
1087.194760

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087.221.796 Tipo

Día 25 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Angulo	Calzada	Axel Ismael

FECHA DE NACIMIENTO 03 06 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:** SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Mpio: Dirección:

Barrio / Vereda Nuevo horizonte etc Tel.: 3216735229 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

Maria angelica.
USUARIO
1087130.404

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1140169603 Tipo

Día 25 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Saldarriaga	Velasco	Zoe

FECHA DE NACIMIENTO 10 05 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N-EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Norte Mpio: Tibú Dirección: _____
Barrio / Vereda Nuevo Horizonte ETPZ Tel.: 3255167034 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

_____
RESPONSABLE

Claudia Velasco
USUARIO
1087207286

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087217972 Tipo

Día	Mes	Año
25	09	2023

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ortiz	Obregon	Jeins Emmanuel

FECHA DE NACIMIENTO 16 / 08 / 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emsanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda Nuevo horizonte ETP2 Tel.: 3160516741 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cuta
RESPONSABLE

Ana Beel Obregon O
USUARIO
1087.132.884

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1140169189 Tipo

Día	Mes	Año
25	09	2024

C.C. ✓ T. I. ☐ R.C. X MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cabezas	Valencia	Bastian Jeronimo

FECHA DE NACIMIENTO 8 / 08 / 2021

EDAD 3 Día ☐ Mes ☐ Año ☐

SEXO
X Masculino
✓ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA NEPS.

TIPO USUARIO
☐ Contributivo + Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☐ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ✓ NO X **DISCAPACITADO:** SI ☐ NO ✓ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG X IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Monumento ETP1 Tel.: 3154586826 Zona Urbana ✓ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ + Primera vez
Especialidad _____ ☐ Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX I I I

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX I I I

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

☐ No discapacidad	☐ Del cuidado personal	**GRADO**
☐ De la conducta	☐ De la destreza	☐ Leve
☐ De la locomoción	☐ De la determinación aptitud	☐ Moderado
☐ De la comunicación	☐ Otras restricciones actividad	☐ Severa
☐ Disposición del cuerpo	☐ De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

_____
RESPONSABLE

Eliana Valencia.
USUARIO
1087.126.134

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1110379522 Tipo

Día 25 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido: Grial | Segundo Apellido: Cortes | Nombres: Santiago.

FECHA DE NACIMIENTO 15 03 2020

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NEPS.

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tuq Dirección: _____

Barrio / Vereda: _____ Tel 3106264921 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cinta A
RESPONSABLE

Beatriz Cortés Q.
USUARIO
59669063

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087842602 Tipo

Día	Mes	Año
25	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Colorado	Prado	Jose emmanuel

FECHA DE NACIMIENTO 28 / 04 / 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N.E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda nuevo horizonte cra 7 Tel.: 3182398910 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Yadira Prado
USUARIO
1089793926

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1087.217.928 Tipo

	Día	Mes	Año
	25	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Prado	Hurtado	Itzayana

FECHA DE NACIMIENTO: Día [2] Mes [09] [2021]

EDAD: [3] Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO: [ ] Masculino [X] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: nuevo horizonte Tel.: 3175878049 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez

Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD: [ ]

Cinta
RESPONSABLE

Stephany Hurtado.
USUARIO
1006.169.669

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1,247.868.618 Tipo

Día	Mes	Año
25	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ortiz	Obregon	Jonathan Gadiel

FECHA DE NACIMIENTO Día 03 Mes 03 Año 2024

EDAD 7 Mes Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda nuevo horizonte Etp2 Tel.: 3160516741 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CHA
RESPONSABLE

Ana Berd. O.
USUARIO

DN 003

1087.132.817

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087-222.068 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Nicolta	Almero	Alerck Aitana

FECHA DE NACIMIENTO 31 06 2024

EDAD 25 días Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N-EPS x

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Nuevo horizonte ETB2 Tel.: 3136508577 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

_____
RESPONSABLE

Vanesa Nicolta
USUARIO
59683883

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CH DN

Historia No.:

No. Identificación: 1087.218.438 Tipo

Día: 25 Mes: 09 Año: 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Tenorio	Quintones	Luisa Milagro

FECHA DE NACIMIENTO: Día [2] Mes [4] Año [2021]

EDAD: 2 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] **NO** [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] **NO** [X] **Cual:**

ETNIA: BLA [ ] NEG [ ] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: Nuevo Horizonte Etapa 2 Tel.: Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez

Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

A + A
RESPONSABLE

Delfa Ortega
USUARIO

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 1087218367 Tipo

Día 25 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido: Batalla
Segundo Apellido: Zamora
Nombres: Liam David

FECHA DE NACIMIENTO: 26 Mes 2021
EDAD: 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: NUEVA EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]
DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: ____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: ____ **ARS** ____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: ____
Barrio / Vereda: Nuevo horizonte ETP Tel.: 3227490936 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta ____ [X] Primera vez
Especialidad ____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal ____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de ____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico ____

[01] Atención del Parto
[02] Atención del Recién Nacido
[03] Atención Planificación Familiar
[04] Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05] Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06] Detección Alteraciones Embarazo
[07] Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08] Detección Alteraciones Agudeza visual
[09] Detección Enfermedad Profesional
[10] No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Nshemi Zamora
USUARIO
1004618714

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1.247.468.704 Tipo

Día 25 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Zamora	Bula	Adrian Sumir

FECHA DE NACIMIENTO Día 18 Mes 08 2023

EDAD 11 meses Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NEPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Nuevo horizonte ETP1 Tel.: 3157697078 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Cindy Bula
USUARIO
1004606976

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087217374 Tipo

Día 25 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Marquines	Micolta	Elian Gael

FECHA DE NACIMIENTO Día 10 Mes 06 Año 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NUEVA EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: nuevo horizonte etp 1 Tel.: 3136508577 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [I] [I] [I]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Vanesa Micolta
USUARIO
54683883

DN 003

Costante

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS C.H.D.N

Historia No.

No. Identificación 1004618714 Tipo

Día	Mes	Año
25	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Zamora	Siniestera	Nohemi

FECHA DE NACIMIENTO: Día 02 Mes 10 Año 1995

EDAD: 28 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
- [ ] Masculino
- [X] Femenino
- [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: N.EPS

TIPO USUARIO
- [ ] Contributivo
- [4] Subsidiado
- [ ] Vinculado
- [ ] Particular
- [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
- [ ] Beneficiario
- [ ] Cotizante
- [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: N/horizonte Etp I Tel.: 3227490936 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Sobre Peso. — Primera vez [X] Control [ ]

Especialidad

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

- [ ] No discapacidad
- [ ] De la conducta
- [ ] De la locomoción
- [ ] De la comunicación
- [ ] Disposición del cuerpo
- [ ] Del cuidado personal
- [ ] De la destreza
- [ ] De la determinación aptitud
- [ ] Otras restricciones actividad
- [ ] De determinada aptitud

GRADO
- [ ] Leve
- [ ] Moderado
- [ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cuta
RESPONSABLE

Nohemi Zamora S.
USUARIO
1004618714

DN 003

Coasjunt

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

PUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1,140.164.791 Tipo

Día	Mes	Año
25	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castro	Rodriguez	Astrid Nicol

FECHA DE NACIMIENTO Día 14 Mes 05 Año 2005

EDAD 19 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [1] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[1] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Nuevo horizonte Etp1 Tel.: 3185618974 Zona Urbana [1] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Obesidad. [1] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

CUTA.
RESPONSABLE

Nicol Rodriguez
USUARIO
1140.164.791

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 1247468726 Tipo

Día 26 Mes 09 Año 2024
C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castillo	Vallejo	Emanuel

FECHA DE NACIMIENTO 27 MO 2023
EDAD 10 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]
DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:
ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: horizonte ETP2 Tel.: 3163458494 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [1] [1]
Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cuta
RESPONSABLE

USUARIO
1087123589

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087216393 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Zr Soles	Brabo	Zoe Zuley

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

EDAD [4] Día [ ] Mes [1] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda Nuevo Horizonte Tel.: 3147613765 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[X] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ort A.
RESPONSABLE

Karen Solis
USUARIO
1087194230

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1 090 545986 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Maiz	Heredia	Cristianyelis Valentina

FECHA DE NACIMIENTO 13 / 12 / 2021

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año 4

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Mpio: Dirección:

Barrio / Vereda: Tel.: 3233865691 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez

Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

USUARIO 1360977 8

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! — San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1.108.577.633 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Valencia	Tenorio	Kilian Elia

FECHA DE NACIMIENTO Día 12 Mes 03 Año 2022

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: nuevo horizonte Etez Tel.: 3160715486 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
Especialidad
[X] Primera vez
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

A + A
RESPONSABLE

USUARIO
1087 192 456

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1444-003-720 Tipo

Día 26 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Polanco	Solis	Diego Isaias

FECHA DE NACIMIENTO Día 14 Mes 09 Año 2023

EDAD 11 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Famisalud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: _____ Tel.: 3237287470 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

A

RESPONSABLE

Jessica Katiria Solis

USUARIO 1087206637

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1144000362 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Sinisterra	Loaiza	Ian Smith

FECHA DE NACIMIENTO 15 Mes 07 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [4] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: _____
Barrio / Vereda: nuevo hermonte 2 Tel.: 3137603079 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ofa.
RESPONSABLE

DEYSI DANIELA
USUARIO
1006180810

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN
Historia No.
No. Identificación 1087-219049 Tipo

Día 26 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Viveros	Sinisterra	Devanhi Celeste

FECHA DE NACIMIENTO 28 09 2022

EDAD 2 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]
DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:
Barrio / Vereda: Nuevo Horizonte Tel.: Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez
Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [1]
Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [1]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

RESPONSABLE

BAIRON VIVEROS
USUARIO
1084195665

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

JUNTOS POR TU SALUD! San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087472445 Tipo

Día	Mes	Año
26	07	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Jurado	Guerrero	Emelly Naia

FECHA DE NACIMIENTO 28 Mes 2022

EDAD 1 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [ ] NO [X] **DISCAPACITADO:SI** [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda Nuevo horizonte casa 2 Tel.: 3153851795 Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cata A
RESPONSABLE

Kelly Guerrero
USUARIO
1087116825

DN 003

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087.27.290 Tipo

Día 26 Mes 09 Año 2023

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido: Jimenez | Segundo Apellido: Angulo | Nombres: Jesus David

FECHA DE NACIMIENTO: Día 08 Mes 07 Año 2021

EDAD: 3 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO: [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Sanitas

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO: [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección:

Barrio / Vereda: Nuevo horizonte EPP2 Tel.: 3142596564 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta [X] Primera vez

Especialidad [ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ][ ][ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cruz A.
RESPONSABLE

Erika Ines Angulo
USUARIO
1004610019

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1247468262 Tipo:

Día	Mes	Año
26	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castillo	Vallejo	Emiliano

FECHA DE NACIMIENTO: 27 / 06 / 2023

EDAD: 10 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: NARIÑO Mpio: TCO Dirección:
Barrio / Vereda: nuevo horizonte etn 2 Tel.: 3163458794 Zona Urbana [+] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez [ ] Control

Especialidad:

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [ ][ ][ ]

[01]	Accidente de Trabajo	[06]	Evento Catastrófico	[11]	Sospecha Violent. Sexual
[02]	Accidente de Tránsito	[07]	Lesión por agresión	[12]	Sospecha Maltrato Emoc.
[03]	Accidente Rábico	[08]	Lesión auto infligida	[13]	Enfermedad General
[04]	Accidente Ofídico	[09]	Sospecha Malt. Físico	[14]	Enfermedad Profesional
[05]	Otro Tp. Accidente	[10]	Sospecha Abs. Sexual	[15]	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[V]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Amanda Valencia
RESPONSABLE

USUARIO
1087123589

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087839841 Tipo

Día	Mes	Año
26	07	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castillo	Raenes	Valeria Sofia

FECHA DE NACIMIENTO Día 02 Mes 01 Año 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NEPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco. Dirección: _____
Barrio / Vereda: nuevo horizonte ETP7 Tel.: 3185968849 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Amanda Valencia
RESPONSABLE

Jennifer P. G.
USUARIO
1087196179

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087837671 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Contento	Quiñones	Liam Andres

FECHA DE NACIMIENTO Día 17 Mes 10 2019

EDAD 4 Día [ ] Mes [ ] Año 4

SEXO
[ ] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NUEVA EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: _____ Mpio: _____ Dirección: _____

Barrio / Vereda: nuevo horizonte etapa Tel.: 3234804357 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

[ ] 01 Accidente de Trabajo	[ ] 06 Evento Catastrófico	[ ] 11 Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02 Accidente de Tránsito	[ ] 07 Lesión por agresión	[ ] 12 Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03 Accidente Rábico	[ ] 08 Lesión auto infligida	[ ] 13 Enfermedad General
[ ] 04 Accidente Ofídico	[ ] 09 Sospecha Malt. Físico	[ ] 14 Enfermedad Profesional
[ ] 05 Otro Tp. Accidente	[ ] 10 Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrarreferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Amanda Valencia
RESPONSABLE

Cindy Quiñones
USUARIO
1004613217

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087840157 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Castro	Quiñones	Emily Luciana

FECHA DE NACIMIENTO 12 / 03 / 2021

EDAD 3 Día [ ] Mes [1] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Asmet Salud

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [1] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Nueva Esperanza Etapa 2 Tel.: 3174761063 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cat A
RESPONSABLE

Henyi Quiñones
USUARIO
1089508832

DN 003

Gostante

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1004.610.019 Tipo

Día	Mes	Año
26	09	2024

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Angulo	España	Enna Ines

FECHA DE NACIMIENTO Día [ ] Mes [ ] Año 1995

EDAD 28 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO:SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO:SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Nuevo horizonte ETP 2 Tel.: 3142596564 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez
Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ][ ][ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ][ ][ ]

[ ] 01	Accidente de Trabajo	[ ] 06	Evento Catastrófico	[ ] 11	Sospecha Violent. Sexual
[ ] 02	Accidente de Tránsito	[ ] 07	Lesión por agresión	[ ] 12	Sospecha Maltrato Emoc.
[ ] 03	Accidente Rábico	[ ] 08	Lesión auto infligida	[ ] 13	Enfermedad General
[ ] 04	Accidente Ofídico	[ ] 09	Sospecha Malt. Físico	[ ] 14	Enfermedad Profesional
[ ] 05	Otro Tp. Accidente	[ ] 10	Sospecha Abs. Sexual	[ ] 15	Otra

[ ]	No discapacidad	[ ]	Del cuidado personal
[ ]	De la conducta	[ ]	De la destreza
[ ]	De la locomoción	[ ]	De la determinación aptitud
[ ]	De la comunicación	[ ]	Otras restricciones actividad
[ ]	Disposición del cuerpo	[ ]	De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

[ ] 01	Atención del Parto
[ ] 02	Atención del Recién Nacido
[ ] 03	Atención Planificación Familiar
[ ] 04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[ ] 05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[ ] 06	Detección Alteraciones Embarazo
[ ] 07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[ ] 08	Detección Alteraciones Agudeza visual
[ ] 09	Detección Enfermedad Profesional
[ ] 10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Cut A.
RESPONSABLE

Enna Ines Angulo
USUARIO
1004610019

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1087838144 Tipo

Día 27 Mes 09 Año 2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Alegria	Ibarvo	Eimy Amparo

FECHA DE NACIMIENTO
Día 12 Mes 02 Año 2020

EDAD
4 Día [ ] Mes [X] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA NUEVA EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección:
Barrio / Vereda: Nuevo horizonte ETP-1 Tel.: 3216869653 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta
[X] Primera vez
Especialidad
[ ] Control

Cod. Diag. Principal — Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de — Tipo de DX [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión — Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

RESPONSABLE

Yudy daney Ibarbo
USUARIO
1087782652

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS: CHDN

Historia No.:

No. Identificación: 1140169687 Tipo

	Día	Mes	Año
	27	09	2024

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Cuero	Cuero	Dafne Cataleya

FECHA DE NACIMIENTO: 18 / 08 / 2004

EDAD: 7 Día [ ] Mes [7] Año [ ]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Emssanar

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: **ARS**

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección:
Barrio / Vereda: Nuevo Horizonte ETP1 Tel.: 3178611951 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta: [X] Primera vez
Especialidad: [ ] Control

Cod. Diag. Principal: Tipo de DX [I]

Cod. Diag. Relacionado de: Tipo de DX [I]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico:

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD: [ ]

RESPONSABLE

Katherine
USUARIO
1087115904

DN 003

Gestante

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1087782652 Tipo

Día 27 Mes 09 Año 2021

C.C. [X] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Ibarvo	Sevillano	Yudi Daner

FECHA DE NACIMIENTO 27 09 2004

EDAD 19 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[ ] Masculino
[X] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. EPS

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [X] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [X] NO [ ]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [ ] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tco Dirección: _____

Barrio / Vereda: nuestro hogar etapa 1 Tel.: 3216869653 Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta _____ [X] Primera vez

Especialidad _____ [ ] Control

Cod. Diag. Principal _____ Tipo de DX [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Ana A.
RESPONSABLE

Yudy daner Ibarbo
USUARIO
1087782652

DN 003

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Centro hospital divino Niño
Historia No. 1080710701
No. Identificación 1080710701 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. ☒ MSI ☐
ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA 3832140 ~~3832140~~

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guerrero	Angulo	Luis Josua

FECHA DE NACIMIENTO 26 03 2023

EDAD 1 Día ☐ Mes ☐ Año ☑

SEXO
☒ Masculino
☐ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ☑ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☐ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☐ NO ☒

DISCAPACITADO: SI ☐ NO ☒ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ☒ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: San Andrés de Tco Dirección: Barrio Bonito
Barrio / Vereda: _____ Tel.: _____ Zona Urbana ☒ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta y.l psicosocial ☑ Primera vez
Especialidad Trabajo Social ☐ Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX I I I

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX I I I

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

☐ No discapacidad
☐ De la conducta
☐ De la locomoción
☐ De la comunicación
☐ Disposición del cuerpo
☐ Del cuidado personal
☐ De la destreza
☐ De la determinación aptitud
☐ Otras restricciones actividad
☐ De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve
☐ Moderado
☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

TRABAJADORA SOCIAL
RESPONSABLE

USUARIO

DN 003

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

PS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1080710701 Tipo

Día 23 Mes 09 Año 2024

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. ☐ MSI ☐

ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA 3832227

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guerrero	Angulo	Luis Dosa

FECHA DE NACIMIENTO 26 03 23

EDAD 1 Día ☐ Mes ☐ Año ☐

SEXO
☒ Masculino
☐ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ☑ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☐ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☐ NO ☒

DISCAPACITADO: SI ☐ NO ☒ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ☒ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____

ARS _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Bajito Tel.: 3186327767 Zona Urbana ☐ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional ☐ Primera vez
Especialidad Nutricion ☑ Control

Cod. Diag. Principal E440 Tipo de DX 1 1 1

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX 1 1 1

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

☐ No discapacidad	☐ Del cuidado personal	**GRADO**	
☐ De la conducta	☐ De la destreza	☐ Leve	
☐ De la locomoción	☐ De la determinación aptitud	☐ Moderado	
☐ De la comunicación	☐ Otras restricciones actividad	☐ Severa	
☐ Disposición del cuerpo	☐ De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

[redacted]
Aux. Enfermeria

RESPONSABLE

USUARIO

DN 003

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

IPS Las Palmas

Historia No. _____

No. Identificación 1080710701 Tipo

Día 30 Mes 09 Año 23

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3832109

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guerrero	Angulo	Luis Josa

FECHA DE NACIMIENTO 26 03 23

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: _____
Barrio / Vereda: Bajito Tel.: _____ Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [ ] Primera vez
Especialidad Nutricion [✓] Control

Cod. Diag. Principal E 440 Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

[redacted]
CC. [redacted]
Aux. Enfermería

RESPONSABLE

Mayyi
USUARIO

DN 003

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS Centro hospital Divino Niño

Historia No. 1080710701

No. Identificación 1080710701 Tipo

Día 30 Mes 10 Año 2023

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ]

ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3832121

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Guerrero	Angulo	Luis Jose

FECHA DE NACIMIENTO
Día 26 Mes 03 Año 2023

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[✓] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA Sanitas

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [✓]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [✓] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: San Andres de Tu Dirección: Barrio Bonito
Barrio / Vereda: _____ Tel.: _____ Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Y.l Psicosocial [ ] Primera vez

Especialidad Trabajo social [✓] Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [ ] [ ] [ ]

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad
[ ] De la conducta
[ ] De la locomoción
[ ] De la comunicación
[ ] Disposición del cuerpo
[ ] Del cuidado personal
[ ] De la destreza
[ ] De la determinación aptitud
[ ] Otras restricciones actividad
[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

[ ] 39141 Consulta de primera vez
[ ] 60301 Control por médico
[ ] 60302 Control por enfermera
[ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Laura Isabella Del Castillo
TRABAJADORA SOCIAL
TP 108
Laura Del Castillo
RESPONSABLE

Maggi
USUARIO

DN 003

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

PS _____

Historia No. 1247468081

No. Identificación 1247469081 Tipo

Día 21 Mes 9 Año 2024

C.C. ☐ T. I. ☐ R.C. ☒ MSI ☐

ASI ☐ P.T. ☐ C. EXT. ☐

No. De FACTURA 3832272

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Preciado	hernandez	Ethan Danovic.

FECHA DE NACIMIENTO Día 02 Mes 03 Año 2023

EDAD 1 Día ☐ Mes ☐ Año ☒

SEXO
☒ Masculino
☐ Femenino
☐ Indeterminado

ASEGURADORA Nueva E.P.S

TIPO USUARIO
☐ Contributivo ☒ Subsidiado
☐ Vinculado ☐ Particular ☐ Otro

TIPO DE AFILIADO
☒ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional

DESPLAZADO: SI ☐ NO ☒

DISCAPACITADO: SI ☐ NO ☐ Cual: _____

ETNIA: BLA ☐ NEG ☒ IND ☐ MEZ ☐ Otro: _____ **ARS** _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: San Andres de Tco Dirección: Nuevo Milenio
Barrio / Vereda: _____ Tel.: _____ Zona Urbana ☒ Rural ☐

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Vol Psicosocial ☐ Primera vez

Especialidad Trabajo Social ☒ Control

Cod. Diag. Principal Z 724 Tipo de DX 1 1 1

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX 1 1 1

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

☐ No discapacidad ☐ Del cuidado personal
☐ De la conducta ☐ De la destreza
☐ De la locomoción ☐ De la determinación aptitud
☐ De la comunicación ☐ Otras restricciones actividad
☐ Disposición del cuerpo ☐ De determinada aptitud

GRADO
☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

☐ 39141 Consulta de primera vez
☐ 60301 Control por médico
☐ 60302 Control por enfermera
☐ 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día ☐ Mes ☐ Año ☐

CONDUCTA Remisión / Interconsulta / Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD ☐

Laura Natalia del Castillo
TRABAJADORA SOCIAL
Interventora
RESPONSABLE

Angie Hernandez
USUARIO

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No. _____

No. Identificación 1247.469081 Tipo

Día 21 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA 3832227

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Preciado	Hernandez	Ethan Danovic

FECHA DE NACIMIENTO 28 Mar 23

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

SEXO
[x] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA _____

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [ ] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [x]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [x] Cual: _____

ETNIA: BLA [ ] NEG [x] IND [ ] MEZ [ ] Otro: _____

ARS _____

Residencia Habitual
Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección: _____
Barrio / Vereda: N. Milenio Tel.: _____ Zona Urbana [ ] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [ ] Primera vez
Especialidad Nutricion [x] Control

Cod. Diag. Principal E 440 Tipo de DX [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de _____ Tipo de DX [1] [1] [1]

01 Accidente de Trabajo	06 Evento Catastrófico	11 Sospecha Violent. Sexual
02 Accidente de Tránsito	07 Lesión por agresión	12 Sospecha Maltrato Emoc.
03 Accidente Rábico	08 Lesión auto infligida	13 Enfermedad General
04 Accidente Ofídico	09 Sospecha Malt. Físico	14 Enfermedad Profesional
05 Otro Tp. Accidente	10 Sospecha Abs. Sexual	15 Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud

GRADO
[ ] Leve
[ ] Moderado
[ ] Severa

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico _____

01	Atención del Parto
02	Atención del Recién Nacido
03	Atención Planificación Familiar
04	Detección Alteraciones C y D 10 Años
05	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
06	Detección Alteraciones Embarazo
07	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
08	Detección Alteraciones Agudeza visual
09	Detección Enfermedad Profesional
10	No Aplicada

Fecha Última Remisión Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD [ ]

Angelica Marcela Klinger M.
CC. 1.087.197.707
Aux. Enfermeria
RESPONSABLE

Angie Hernandez
USUARIO

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA

Centro hospital Divino Niño

Día: 27 Mes: 09 Año: 2024

No. De FACTURA: 3832190

Historia No. 1247469081

Identificación 1247469081 Tipo: C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [X] MSI [ ] ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Prado	Hernandez	Ethan Danovic

FECHA DE NACIMIENTO: Día [ ] Mes: 03 Año: 2023

EDAD: [1] Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO: [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

ASEGURADORA: Nueva E.P.S

TIPO USUARIO: [ ] Contributivo [X] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otr

TIPO DE AFILIADO: [X] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual: ____

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro: ____

ARS: ____

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: San Andres de Tco Dirección: Nuevo Milenio

Barrio / Vereda: ____ Tel.: ____ Zona Urbana [X] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Y/o psicosocial [ ] Primera vez

Especialidad Trabajo Social. [X] Control

Cod. Diag. Principal: Z 724. Tipo de DX: [1] [1] [1]

Cod. Diag. Relacionado de: ____ Tipo de DX: [1] [1] [1]

[01] Accidente de Trabajo	[06] Evento Catastrófico	[11] Sospecha Violent. Sexual
[02] Accidente de Tránsito	[07] Lesión por agresión	[12] Sospecha Maltrato Emoc.
[03] Accidente Rábico	[08] Lesión auto infligida	[13] Enfermedad General
[04] Accidente Ofídico	[09] Sospecha Malt. Físico	[14] Enfermedad Profesional
[05] Otro Tp. Accidente	[10] Sospecha Abs. Sexual	[15] Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud	

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico ____

[01]	Atención del Parto
[02]	Atención del Recién Nacido
[03]	Atención Planificación Familiar
[04]	Detección Alteraciones C y D 10 Años
[05]	Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
[06]	Detección Alteraciones Embarazo
[07]	Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
[08]	Detección Alteraciones Agudeza visual
[09]	Detección Enfermedad Profesional
[10]	No Aplicada

Fecha Última Remisión: Día Mes Año

CONDUCTA Remisión Interconsulta

DIAS DE INCAPACIDAD

Laura Isabella Del Castillo
TRABAJADORA SOCIAL
TP 1087209453
Laura Del Castillo
RESPONSABLE

Angie Hernandez
USUARIO

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTA

IPS CHDN

Historia No.

No. Identificación 1.247.468.081 Tipo

Día 27 Mes 09 Año 24

C.C. [ ] T. I. [ ] R.C. [ ] MSI [ ]
ASI [ ] P.T. [ ] C. EXT. [ ]

No. De FACTURA

3832203

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Preciado	Hernandez	Ethan Danovic

FECHA DE NACIMIENTO 28 02 23

EDAD 1 Día [ ] Mes [ ] Año [X]

SEXO
[X] Masculino
[ ] Femenino
[ ] Indeterminado

ASEGURADORA N. E.P.S

TIPO USUARIO
[ ] Contributivo [✓] Subsidiado
[ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro

TIPO DE AFILIADO
[✓] Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional

DESPLAZADO: SI [ ] NO [X]

DISCAPACITADO: SI [ ] NO [X] Cual:

ETNIA: BLA [ ] NEG [X] IND [ ] MEZ [ ] Otro:

ARS

Residencia Habitual

Dpto.: Nariño Mpio: Tumaco Dirección:

Barrio / Vereda: Nuevo Milenio Tel.: Zona Urbana [✓] Rural [ ]

MORBILIDAD

Tipo de Consulta Valoracion Nutricional [ ] Primera vez

Especialidad Nutrición [✓] Control

Cod. Diag. Principal E 440 Tipo de DX [1]

Cod. Diag. Relacionado de Tipo de DX

01	Accidente de Trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violent. Sexual
02	Accidente de Tránsito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Maltrato Emoc.
03	Accidente Rábico	08	Lesión auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro Tp. Accidente	10	Sospecha Abs. Sexual	15	Otra

[ ] No discapacidad	[ ] Del cuidado personal	**GRADO**	
[ ] De la conducta	[ ] De la destreza	[ ] Leve	
[ ] De la locomoción	[ ] De la determinación aptitud	[ ] Moderado	
[ ] De la comunicación	[ ] Otras restricciones actividad	[ ] Severa	
[ ] Disposición del cuerpo	[ ] De determinada aptitud		

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- [ ] 39141 Consulta de primera vez
- [ ] 60301 Control por médico
- [ ] 60302 Control por enfermera
- [ ] 36101 Consulta de primera vez odontológica

Cód. Diagnóstico

- [ ] 01 Atención del Parto
- [ ] 02 Atención del Recién Nacido
- [ ] 03 Atención Planificación Familiar
- [ ] 04 Detección Alteraciones C y D 10 Años
- [ ] 05 Detección Alteraciones Joven 10 a 29 Años
- [ ] 06 Detección Alteraciones Embarazo
- [ ] 07 Detección Alteraciones Adulto > 45 Años
- [ ] 08 Detección Alteraciones Agudeza visual
- [ ] 09 Detección Enfermedad Profesional
- [ ] 10 No Aplicada

Fecha Última Remisión Día Mes Año

CONDUCTA
Remisión
Interconsulta
Contrareferencia

DIAS DE INCAPACIDAD

Angelica Bernabe Klinger M.
CC. 1.087.197.787
Aux. Enfermeria
RESPONSABLE

Angie Hernandez
USUARIO

Powered by CamScanner