X2 $3000000

## 4.Actividades de promoción y prevención en salud comunitaria, incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles.

4.6 Realizar UNA (1) JORNADA DE SALUD mensual, denominada Salud en tu barrio

4953667.

Mayo 2025
contrato 306

| | |
|---|---|
| | **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**<br>**ADMINISTRACION MUNICIPAL**<br>**SANTA ROSA DE CABAL**<br>**SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL** |
| Versión: 0 | Vigencia: 08-2017 |

**4 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD COMUNITARIA, INCLUYENDO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES**

4.6 Realizar una jornada de salud mensual, denominada Salud en Tu Barrio

**NOMBRE ACTIVIDAD:** Jornada de Salud
**LUGAR:** Barrio La Flora
**FECHA:** 17 de mayo

**PROFESIONALES**
Gerardo Murillo (Médico)
Patricia Quirama (Enfermera Jefe)
Kelly Tatiana Rico (Higienista Oral)
Eliana María Giraldo B. (Prof. Del Deporte)
María Liliana Marín (Auxiliar de enfermería)












PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306 - 2025

| Código: | FOR-0063-003 |
|---|---|
| Versión: | 2 |

| FECHA | | |
|---|---|---|
| 09 | 05 | 2025 |

ESTRATEGIA O PROGRAMA: Actividades de promoción y prevención en salud comunitaria, incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA: Jornada de Salud en tu barrio - B. La Flora

PROFESIONAL RESPONSABLE: Eliana María Girado B

TIPO ACTIVIDAD: Comunitaria

| No. | NOMBRES | APELLIDOS | DOCUMENTO IDENTIDAD | | S.G.S.S.S. | | ZONA | | | POB. | DIRECCION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | TIPO | NUMERO | REG | EPS | U/R | C/C | B/V | | | |
| 1 | Bertha Rosa | Gomez Sanchez | CC | 24295858 | C | ST | U | C | B | NA | B Cabos Mz B 19-64 | Bertha Gomez |
| 2 | Lucia | Orozco Cardona | CC | 30282867 | C | SURA | U | C | B | NA | B. La Flora | Lucia Orozco C. |
| 3 | Angel Steven | Caballos Ospina | TI | 1091277138 | | | U | C | B | NA | Flora I Mz 9 C 13 | ANGEL STEVEN V. |
| 4 | Sonia | Pineda Gomez | CC | 24.392602 | S | NUEVA | U | C | B | NA | B/Bolivar Mz B #12-64 | Sonia Pineda C. |
| 5 | Yuretly. | Bolivar. de otero | CC | 2798941 | | | U | C | B | NA | Cll 18 # 31 los pinos | |
| 6 | Rodrigo Delpin | Gutierrez Otero | CE | V. 32046429 | | | U | C | B | NA | Kr 15 B. 20-26. | |
| 7 | Ana Ruth | Ocampo de Varon | CC | 25173284 | C | ST | U | C | B | NA | Kr 9A 19 03 Barrio Horiz. | Ana Ruth Ocampo |
| 8 | Belcy | Ocampo Ocampo | CC | 28742087 | C | SANITAS | U | C | B | NA | La Flora. | Belcy O. |
| 9 | Mario Luis Mon | Arrego Bedoya | CC | 05160356 | C | AS | U | C | B | NA | B. Sn Jacinto Cra 1 P. 1 | |
| 10 | Maria Zulay | Castro | CC | 25164439 | S | NUEVA | U | C | B | NA | La Flora II Mz 3 Cra 4 | Maria Zulay Castro |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÁ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Fiore | | 29-08-1943 | 3114285437 | |
| 2 | | | 30-12-1961 | 3137907186 | |
| 3 | Francely Villalba Ospino | Yesid Arenas. | 02-08-2014 | 3146085234 | |
| 4 | | | 22-03-1970 | 3114285437 | |
| 5 | | | 23-07-1947 | 3209139129 | |
| 6 | Jamil Otero | Javier Gutierrez | 25-05-2007 | 3209139269 | Disc. Visual |
| 7 | | | 26-11-194 | 3206374963 | |
| 8 | | | 13-05-1969 | 3215820616 | |
| 9 | | | 04-11-1963 | 3175339731 | |
| 10 | | | 19-08-1955 | 3137193734 | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

| PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DE PLAN DE SALUD TERRITORIAL | Código: | FOR-0063-003 |
|---|---|---|
| CONTRATO No. 266 2025. | Versión: | 2 |

| FECHA | | | ESTRATEGIA O PROGRAMA | TEMA | PROFESIONAL RESPONSABLE | TIPO ACTIVIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 DIA | 05 MES | 25 AÑO | Actividades promoción y prevención en salud (comunitarias incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles | Jornada de Salud Mensual- Salud en tu Barrio | Kelly Tatiana Pico M | |

| No. | NOMBRES | APELLIDOS | DOCUMENTO IDENTIDAD | | S.G.S.S.S. | | ZONA | | | POB. | DIRECCION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | TIPO | NUMERO | REG | EPS | U/R | C/C | B/V | | | |
| 1 | Anges Estiven | Villalba Ospina | TI | 1.091127.7132 | S | SI | U | C | B | M/A | la flora 2. | Angel Stiven V. |
| 2 | Naneth | Bolivar de Otero | CC | 27984941 | N | N | U | C | B | M/A | la flora 2 Mnos | |
| 3 | Rodrigo | Gutierrez Otero | TI | 32.046.429 | M | N | U | C | B | M/A | Cra 15 B # 20-20 | |
| 4 | Jhoan Alejandro | Tabares Mejia. | RC | 1.091118.6092 | C | Famisanar | U | C | B | M/A | Calle 23 A # 827 | |
| 5 | Jhojan David. | Tabares Mejia | RC | 1.091.794404 | C | Famisanar | U | C | B | M/A | Calle 23 A # 827 | |
| 6 | Ana Valeria | Tabares Mejia | TI | 1.091.78932 | C | Famisanar | U | C | B | M/A | Calle 23 A # 827 | |
| 7 | Hector Javier. | Tabares Marin | CC | 1861858961 | C | SI | U | C | B | M/A | Calle 23 A # 827 | |
| 8 | Mª Zulay | Castro. | RC | 25.154.439 | S | NE | U | C | B | M/A | la flora 2 Mz 3 C # 4 | |
| 9 | Lucia | Orozco Cardona | CC | 30282807 | C | SI | U | C | B | M/A | B la flora | Lucia Orozco V. |
| 10 | Sonia | Pinneda Ospina | CC | 24.48941 | S | AS | U | C | B | M/A | B1 la flora | |
| 11 | | | | 24392602 | S | NE | U | C | B | M/A | Lle 11 B # 12-64 | Sonia Pineda. |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÁ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Francelly Villalba O. | Yesid avendas. | 02-09 2014 | 3146685234 | |
| 2 | | | 23-07-47 | 3209139209 | |
| 3 | Jamil Otero. | Javier Gutierrez. | 25-05-2007 | 3209139209 | |
| 4 | Lina Maria. Mejia | Hector Javier Tabara | 12-09-2020 | 3005919503 | |
| 5 | " | " | 26-08-18 | 3005919503 | |
| 6 | " | " | 24-04-16 | 3005919503 | |
| 7 | | | 11-06-83 | 3005919503 | |
| 8 | | | 19-09-55. | 3137193734 | 69. |
| 9 | | | 30-12 1961 | 3137904186 | |
| 10 | | | 22-03 1970 | 3114205437 | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

| PLAN DE INTERVENCION INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DE... LAN DE SALUD TERRITORIAL | Código: | FOR-0063-003 |
|---|---|---|
| CONTRATO No. 300. 1015 | Versión: | 2 |

| FECHA | | | ESTRATEGIA O PROGRAMA | Actividades de promocion y prevencion en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles |
|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | | |
| 17 | 05 | 2025. | | |

| TEMA | PROFESIONAL RESPONSABLE | TIPO ACTIVIDAD |
|---|---|---|
| Jornada de Salud mensual - Salud en tu Barrio. | Gerardo Murillo - Liliana M | comunitaria |

| No. | NOMBRES | APELLIDOS | DOCUMENTO IDENTIDAD | | S.G.S.S.S. | | ZONA | | | POB. | DIRECCION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | TIPO | NUMERO | REG | EPS | U/R | C/C | B/V | | | |
| 1 | Sonia | Pinda Gómez | cc | 24.392.692 | S | NUEVA | U | C | B | N.A | B/Calabs #19-64 | Sonia Pinda |
| 2 | Rodrigo | Gutierrez Otero | CE | V32046429 | S | P2 | U | C | B | NA | 15 Bis # 20-26 | |
| 3 | Ana Ruth. | Ocampo De Varon | cc | 25.773.284 | S | ST | U | C | B | Na | Etapa 19-03 Conos Monteria | Ana Ruth Ocampo |
| 4 | Belcy | Ocampo Ocampo | cc | 28742087 | B | Sanit. | U | C | B | Na | La Flora | xBelcy O. |
| 5 | Blanca. Nelly. | Patiño Londoño | cc | 25145415. | S | Sanit | U | C | B | Na | la flora 2. MZ 3 cs 14 | xBlanca Patiño |
| 6 | Maria Lourdes | Ortega Bedoya | cc | 25160356. | S | AS | U | C | B | Na | B. San Lazaro P1 | xMaria Ortega |
| 7 | Maria Lulay. | Castro | cc | 25154439 | S | NE | U | C | B | Na | la Flora Mz Co 4 | Maria Lulay Castro |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÁ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | 22-03-1970 | 3114285487 | 55 años |
| 2 | Jamil Otero | Javier Gutierrez | 25-05-2007 | 3209139269 | 17 años. |
| 3 | | | 26-11-1949. | 3206374963. | 75 años |
| 4 | | | 13-05-1969 | 3215820616 | 56 años |
| 5 | | | 30-07-1938 | 3137193734 | 86 años |
| 6 | | | 17-11-63 | 3175339731 | 61 años. |
| 7 | | | 19-08-1955 | 3137193734 | 69 años |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Castro | | Maria | Zulay |

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC ☒ | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 25154439

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|
| Contributivo | | Subsidiado | ☒ | Cotizante | |
| Vinculado | | Particular | | Beneficiarios | |
| Otro | NE | | | Adicional | |

FECHA NACIMIENTO: 19 / 08 / 55 (DÍA / MES / AÑO) — 69

SEXO: F ☒ | M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Risaralda | | |
| Municipio | Santa Rosa de C | | |
| Barrio | La Flora. | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3137193734 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 17 / 05 / 23 (DÍA / MES / AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Fisico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

## DIAGNÓSTICOS

| | | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Prestom | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | Z000 I/OX | 4923370 | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | |
| Valor Cuota Moderadora | |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Gerardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
R.M. 944 RDA. UTP
C.C. 1859[illegible]54

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso 42. Tulla 1,50
TA 130/70
SPO: 98

GS AFUS CITRONICO
LIPIDOGRAMA.

AGS de ppm
CHEQUEO MEDICO.
ANTROPOMETRICO
NUTRICIONAL

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Orrego | Bedoya | Maria | Luz Deli |

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC [X] | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 25160356

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | | Cotizante | |
| Subsidiado | [X] | Beneficiarios | |
| Vinculado | | Adicional | |
| Particular | | | |
| Otro | Asmet Salud | | |

FECHA NACIMIENTO: 17 / 11 / 63 (DÍA / MES / AÑO)

SEXO: F [X] | M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | | | |
| Municipio | Sta. Rosa | | |
| Barrio | La Flora | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3175339731 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 17 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinfligida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Fisico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

## DIAGNOSTICOS

| | | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | Z00.0. IDO 4923364 | | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Gerardo A. Murillo
MEDICO GENERAL
R.M. 944 FDA. UTP
C.C. 18594434

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

PESO. 76.5.
TA: 140/60.
SPO: 98.

P. CRONICOS
DX CONOCIDOS

JCC

REFORMULAR

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0203-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Pinto | Londoño | Blanca | Nelly |

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC ✓ | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 25145415

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | | Cotizante | |
| Subsidiado | ✓ | Beneficiario | ✓ |
| Vinculado | | Adicional | |
| Particular | | | |
| Otro | Asmetsalud. | | |

FECHA NACIMIENTO: 30 / 07 / 38 (DÍA / MES / AÑO) — 86 años

SEXO: F ✓ | M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Q Flora 2 M 23 Cs # 4 | | |
| Municipio | | | |
| Barrio | La Flora. | | |
| Zona | Urbana ✓ | | Rural |
| Teléfono | 3133719373 4 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 17 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

### CAUSA EXTERNA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofídico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

### FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

### DIAGNOSTICOS

| | | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | I10X I080 R32X K297 J310 | | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

Valor Consulta $

Valor Cuota Moderadora $

Valor Neto a Pagar $

Gerardo A. Murillo V. MEDICO GENERAL R.M. 1454 RDA. UTP 1859434

49233863

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Realizo visita Dom Juana Blanca nelly Patiño EPS Asmet Salud
Acompañante maria sulay Patiño pte con antecedente de postracion
ICC - HTA - Dislipidemia - Hipotiroidismo - Prostatectomia hace 2 años / uso
de pañal. tiene formula de control y mipres de enero/
Asistido a la visita por solicitud de la secretaria de
Salud para ordenes medicas faltantes. TA 130/86 FC 60
Oximetria 88 - Acetaminofen Reforzado omeprazol - Tiamina +
Antihistaminico - ~~Cromato~~ cromoglicato gts oftalmologicas.

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Ocampo | De Jaron | Ana | Ruth. |

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC [X] | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 25173284

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | Subsidiado [X] | Cotizante | |
| Vinculado | Particular | Beneficiarios | |
| Otro | S.T | Adicional | |

FECHA NACIMIENTO: 26 / 11 / 49 (DÍA / MES / AÑO) — 75 años

SEXO: F [X] | M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Rda | | |
| Municipio | Santa Rosa | | |
| Barrio | La Flora. | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3206374963. | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 17 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastrófico | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinfligida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofídico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNÓSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr Z000 - M238 M179 | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Gerardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
R.M. 344 RDA. UTP
C.C. 1.859.484

04973371

FIRMA Y SELLO MÉDICO(A)

SPO: 98.
TA: 120/70.
Peso: 74

75 anos

Ap. Hip Dislipidemia

Asma e Prostatismo

Rx S

Demais

Prejudicados

Rx Tx

Tto MM

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Version: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Pineda | Gomez | Sonia | |

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 74392607 — No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | | Cotizante | |
| Subsidiado | X | Beneficiarios | |
| Vinculado | | Adicional | |
| Particular | | | |
| Otro | N-EP | | |

FECHA NACIMIENTO: 22 (DÍA) 03 (MES) 70 (AÑO) — 53 años

SEXO: F X | M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Rdy | | |
| Municipio | | | |
| Barrio | La Floid | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3114285437 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Fisico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNOSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Gutierrez | Otero. | Rodrigo | |

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC [X] — No. IDENTIFICACIÓN: 3 2 0 4 6 4 2 9 . — No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | | Cotizante | |
| Subsidiado | [X] | Beneficiarios | |
| Vinculado | | Adicional | |
| Particular | | | |
| Otro | N.E | | |

FECHA NACIMIENTO: 25 05 07 (DÍA / MES / AÑO) — 17 años

SEXO: F [ ] M [X] I [ ]

RESIDENCIA HABITUAL

| | |
|---|---|
| Depto | Ddq |
| Municipio | |
| Barrio | La Flora. |
| Zona | Urbana [ ] Rural [ ] |
| Teléfono | 3209139269 |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 17 05 25. (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA: Urgencias [ ] — General [ ] — Especializada [ ] — Otro tipo de Consulta [ ]

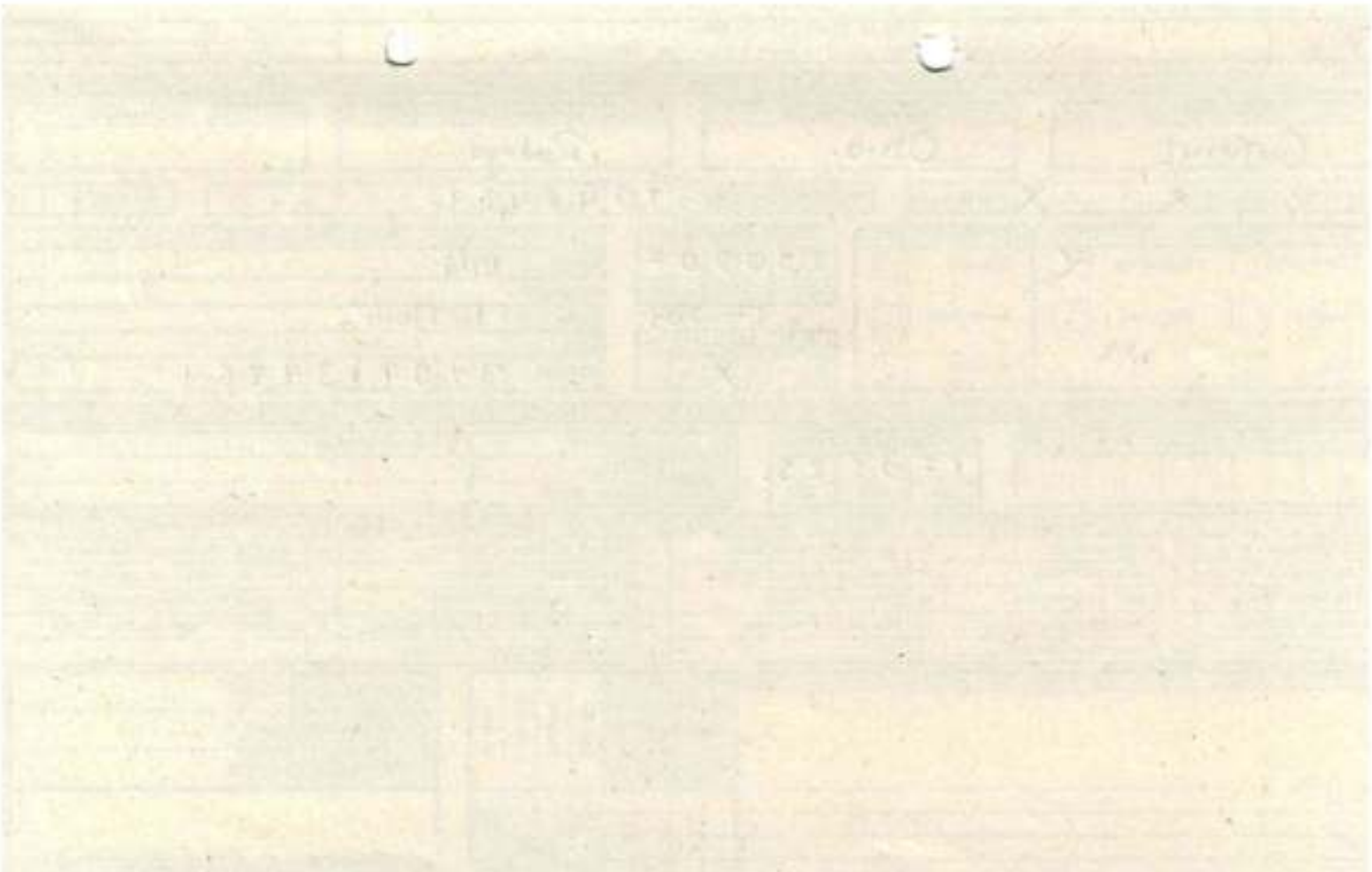
| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNOSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)



| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Ocampo | Ocampo | Belcy | |

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CC | [ ] CE | [ ] PA | [ ] RC | [ ] TI | [ ] ASI | [ ] MSI | [ ] UN

No. IDENTIFICACIÓN: 28742087

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contributivo | [ ] | Subsidiado | [X] | Cotizante | [ ] |
| Vinculado | [ ] | Particular | [ ] | Beneficiarios | [ ] |
| Otro | [ ] Sanitas | | | Adicional | [ ] |

| FECHA NACIMIENTO | | |
|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO |
| 13 | 05 | 69. |

56 años.

| SEXO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F | X | M | | I | |

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Rda | | |
| Municipio | | | |
| Barrio | La Flora | | |
| Zona | Urbana [ ] | | Rural [ ] |
| Teléfono | 3215820616. | | |

## CONSULTA EXTERNA

| No. AUTORIZACIÓN | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

| FECHA NACIMIENTO | | |
|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO |
| 17 | 05 | 15 |

| TIPO DE CONSULTA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | [ ] | Otro tipo de Consulta | |
| | General | [ ] | | |
| | Especializada | [ ] | | |

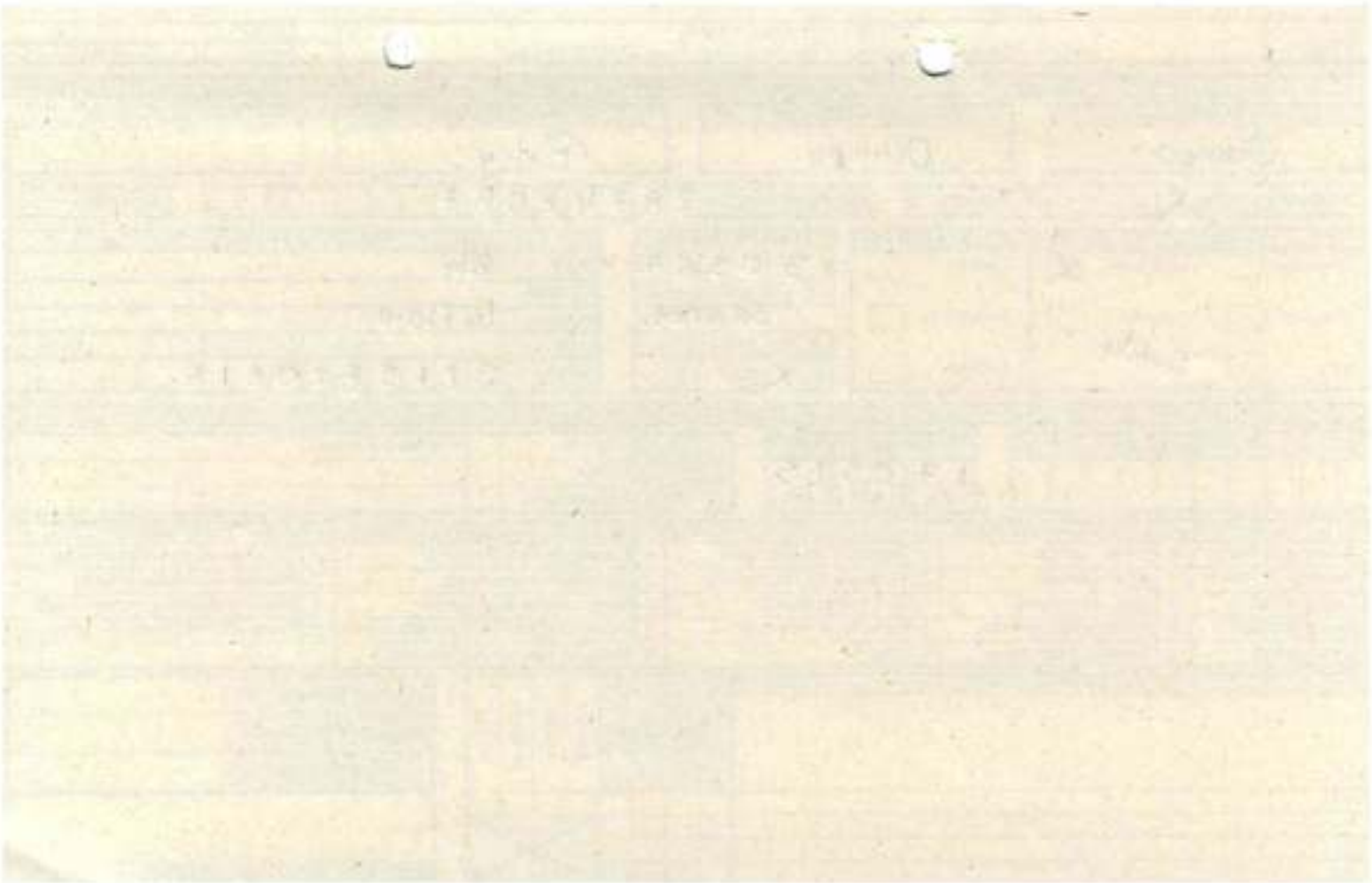
| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Fisico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNOSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)



| | |
|---|---|
| | **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**<br>**ADMINISTRACION MUNICIPAL**<br>**SANTA ROSA DE CABAL**<br>**SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL** |
| Versión: 0 | Vigencia: 08-2017 |

**4 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD COMUNITARIA, INCLUYENDO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES**

4.6 Realizar una jornada de salud mensual, denominada Salud en Tu Barrio

**NOMBRE ACTIVIDAD**: Jornada de Salud
**LUGAR**: Barrio Samaria
**FECHA**: 25 de mayo

**PROFESIONALES**
Gerardo Murillo (Médico)
Patricia Quirama (Enfermera Jefe)
Kelly Tatiana Rico (Higienista Oral)
María Liliana Marín (Auxiliar de enfermería)

















PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PI[illegible]EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306 - 2025.

| Código: | FOR-0063-003 |
|---|---|
| Versión: | 2 |

| FECHA | | |
|---|---|---|
| DIA 25 | MES 03 | AÑO 2025. |

ESTRATEGIA O PROGRAMA: Actividades de Promoción y Prevención en salud Comunitaria, incluyendo Enfermedades Transmisibles y NO Transmisibles

TEMA: Jornada de salud Entubairio B. La Guecera

PROFESIONAL RESPONSABLE: Dr Murillo - Liliana Maria

TIPO ACTIVIDAD: Comunitaria

| No. | NOMBRES | APELLIDOS | DOCUMENTO IDENTIDAD | | S.G.S.S.S. | | ZONA | | | POB. | DIRECCION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | TIPO | NUMERO | REG | EPS | U/R | C/C | B/V | | | |
| 1 | Karen Dahiana | Montaño Aguirre | TI | 1189213571 | S | ST | U | C | B | Na | La Guecera | xKaren Dahiana M.A |
| 2 | Roberto Emilio | Giraldo Cortes | CC | 4579818 | S | AS | U | C | B | Na | La Guecera | xRoberto Giraldo |
| 3 | Blanca Isabel | Giraldo De Galeano | CC | 41894.148 | S | NE | U | C | B | Na | La Guecera | No Firma |
| 4 | Martha Lucia | Flores Flores | CC | 25163.985 | S | AS | U | C | B | Na | La Guecera | xMartha Lucia Flórez F |
| 5 | Luz Estela | Londoño Grajales | CC | 1087987276 | S | NE | U | C | B | Na | La Guecera | xLuz estela londoño |
| 6 | Ana Clarisa | Sanchez Ramirez | CC | 30312649 | S | NE | U | C | B | Na | La Guecera | xClarisa S. |
| 7 | Maria Cristina | Valdes Motato | CC | 24.829749 | S | ST | U | C | B | Na | La Guecera | xCRISTINA |
| 8 | Omar | Martinez Nieto | CC | 4.577.180 | S | NE | U | C | B | Na | La Guecera | xOmar Martinez |
| 9 | Sandra Elena | Gomez Mejia | CC | 25171516. | S | AS | U | C | B | Na | La Guecera | Sandra Elena G |
| 10 | Angel Maria | Escobar Tamayo | CC | 4.337.968 | S | AS | U | C | B | Na | La Guecera | xAngel M.E.T |
| 11 | Droceidy | Soto Juimes | TI | 1093231561 | S | AS | U | C | B | Na | La Guecera | xDroseidy |
| 12 | Luisa fernanda | Vargas Gomez | CC | 1093.225.288 | S | NE | U | C | B | Na | La Guecera | xLuisa |
| 13 | Juan Esteban | Guapacha | RC | 1091279565 | S | NE | U | C | B | Na | La Guecera | xLuisa |
| 14 | Nicol Dayana | Asuntazo Meza | RC | 1091279378 | S | ST | U | C | B | Na | La Guecera | xNicol Meza A. |
| 15 | Luz Elena | Meza Lopez | CC | 25.165.215 | S | ST | U | C | B | Na | La Guecera | xLuz Elena Meza L |

| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÁ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | 21-10-2010 | 3234694890 | 14 años |
| 2 | | | 23-05-1958 | 3104374785. | 67 años |
| 3 | | | 06-07-1953 | 3125765258 | 71 años |
| 4 | | | 21-10-1969 | 3217309904 | 55 años |
| 5 | | | 31-12-1987 | 3135090992 | 36 años. |
| 6 | | | 07-09-1968 | 3136957914 | 56 años |
| 7 | | | 05-08-1983 | 3044038332 | 41 años |
| 8 | | | 27-05-1954 | 3128757824 | 71 años |
| 9 | | | 17-02-1976 | 3113080311 | 49 años. |
| 10 | | | 12-07-1963 | —11— | 62 años |
| 11 | | | 09-10-2009 | 3213253313. | 15 años |
| 12 | | | 03-09-1995 | 3117129436 | 29 años |
| 13 | | | 04-11-2018 | 3117129436 | 6 años. |
| 14 | | | 05-08-18 | 3206369387 | 6 años |
| 15 | | | 26-02-1971 | 3206369387 | 45 años |

PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PI... EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306-2025.

| Código: | FOR-0063-003 |
|---|---|
| Versión: | 2 |

| FECHA | | | ESTRATEGIA O PROGRAMA |
|---|---|---|---|
| DIA 25 | MES 05 | AÑO 2025. | Actividades de promoción y Prevención En salud Comunitaria Incluyendo Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles |

| TEMA | PROFESIONAL RESPONSABLE | TIPO ACTIVIDAD |
|---|---|---|
| Jornada de salud En tu barrio B La Guecera. | Dr Morillo - Liliana Marin | Comunitaria |

| No. | NOMBRES | APELLIDOS | DOCUMENTO IDENTIDAD | | S.G.S.S.S. | | ZONA | | | POB. | DIRECCION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | TIPO | NUMERO | REG | EPS | U/R | C/C | B/V | | | |
| 1 | Milany | Arranzazu Mesa | RC | 1093231772 | S | ST | U | C | B | Na | La Guecera | |
| 2 | Victor Manuel | Palacio Meza | TI | 1.089618.416. | S | AS | U | C | B | Na | La Guecera | |
| 3 | Luz Marina | Sanchez Garcia | CC | 25162598 | S | NE | U | C | B | Na | La Guecera | |
| 4 | Ana SOFIA | Galeano Velasco | RC | 1091280340 | C | NE | U | C | B | Na | La Guecera | x viviana velasco |
| 5 | Maximiliano | Galeano Velasco | TI | 1093.232511 | C | NE | U | C | B | Na | La Guecera | x viviana velasco |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÁ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | 11-06-2022 | 3206369387 | 2 años |
| 2 | | | 16-01-2013 | 3206369387 | 12 años. |
| 3 | | | 12-03-1966 | 3208635962 | 58 años |
| 4 | | | 04-02-2020 | 3113252534 | 5 años |
| 5 | | | 14-10-2024 | 3113252534 | 7 meses. |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306-2025

| Código: | FOR-0063-003 |
|---|---|
| Versión: | 2 |

| FECHA | | |
|---|---|---|
| DIA: 25 | MES: | AÑO: |

ESTRATEGIA O PROGRAMA: Actividades promocion y prevencion. en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisible

TEMA: Jornadas de Salud Mensuales - Salud en tu barrio

PROFESIONAL RESPONSABLE: Kelly Tatiana Ricc. M

TIPO ACTIVIDAD: Comunitario

| No. | NOMBRES | APELLIDOS | DOCUMENTO IDENTIDAD TIPO | DOCUMENTO IDENTIDAD NUMERO | S.G.S.S.S. REG | S.G.S.S.S. EPS | ZONA U/R | ZONA C/C | ZONA B/V | POB. | DIRECCION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Heidy Julitza | Soto Jaimes. | TI | 1088362052 | S | AS | R | C | V | M/A | Samaria Baja. | Heidy julitza |
| 2 | Guillermo | Alvaran Marin | CC | 4582.448. | C | ST | R | C | V | M/A | Samaria Baja | |
| 3 | Karen Dahiana | Montaño Aguirre. | TI | 1184213571 | S | SI | R | C | V | M/A | Samaria Baja | Karen dahiana M. |
| 4 | Angela I | Ramirez Perez | CC | 1.793034811 | S | NE | R | C | V | M/A | Samaria Baja | Angela ramirez cc |
| 5 | Manuel | Henao londoño | TI | 1091.275895 | S | NE | R | C | V | M/A | Samaria Baja. | manuel Henao londoño |
| 6 | Jorge Ehecer | Vera Tigre. | CC | 9.764.794. | S | NE | R | C | V | M/A | Samaria Baja | JORGE |
| 7 | Maria Cristina | Valdez Holato | CC | 24.824744 | C | ST | R | C | V | M/A | Samaria Baja. | CRISTINA |
| 8 | Emily Saray | Barrera Aguirre | TI | 1109300892 | S | ST | R | C | V | M/A | Samaria Baja | Soraya Aguirre |
| 9 | Santiago. | Molina Hirandy | TI | 1.108800509 | S | NE | R | C | V | M/A | Samaria Baja | Soraya Aguirre |
| 10 | Juan Esteban | Guapacha Vargas | RC | 1091274563 | C | NE | R | C | V | M/A | Samaria Baja | Juan S. |
| 11 | Jhon Alejandro | Soto Velez | TI | 1.085720620 | S | ST | R | C | V | M/A | Samaria Baja | Paola velez |
| 12 | Luz Estella | londoño Giraldo | CC | 1.087987776 | C | NE | R | C | V | M/A | Samaria Baja | Luz estela londoño |
| 13 | Yeneddy | Mosquera M. | TI | 1.088329776 | S | [illegible] | R | C | V | M/A | Samaria Baja | |
| 14 | Anthoni Suarez | Mosquera | RC | 1093231521 | S | [illegible] | R | C | V | M/A | Samaria Baja. | Yesica Mosquera |
| 15 | Yesica | Mosquera Mosquera | CC | 1.087997050 | S | [illegible] | R | C | V | M/A | Samaria Baja | Yesica Mosquera |

| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÁ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Aide Jaimes. | Julio Soto. | 09-05-16 | 3213253313 | 9 años |
| 2 | | | 28-08-61 | 3116603010. | 63 |
| 3 | Mary luz Aguire. | Oscar Adolfo londono. | 29-10-10 | 3234694890 | 14. |
| 4 | | | 20-02-98 | 3217036476 | 27. |
| 5 | | | 08-02-12. | 3135090992 | 13 |
| 6 | | | 05-05-68 | 3112807194 | 55. |
| 7 | | | 05-09-83 | 3214038332 | 41 años |
| 8 | Sorany Aguirre | Jhoncitath Barrera | 24-04-16 | 3234694890 | 9 años |
| 9 | Leidy Miranda | Elkin Molina | 16-09-15 | 3234694890 | 9 años |
| 10 | Lusa Fernanda V. | Jhoan Sebastian A | 04-11-18 | 3117129436. | 6 años |
| 11 | Paola Andrea V. | Jose Rubiel Soto | 17-11-10 | 3116670905 | 14. |
| 12 | | | 31-12-87 | 3135090992 | 36. |
| 13 | | | 01-08-13 | 3154795548 | 11 años. |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306. 2023

| Código: | FOR-0063-003 |
|---|---|
| Versión: | 2 |

| FECHA | | |
|---|---|---|
| DIA 5 | MES 5 | AÑO 23 |

ESTRATEGIA O PROGRAMA: Actividades promoción y prevencion en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA: Jornada de Salud mensual - Salud en tu Barrio

PROFESIONAL RESPONSABLE: Kelly Tatiana Rico

TIPO ACTIVIDAD: Comunitaria

| No. | NOMBRES | APELLIDOS | DOCUMENTO IDENTIDAD | | S.G.S.S.S. | | ZONA | | | POB. | DIRECCION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | TIPO | NUMERO | REG | EPS | U/R | C/C | B/V | | | |
| 1 | Sofia Michell | Betancurt Suarez | TI | 1091278855 | S | SE | R | C | V | M/A | Samaria Baja | Sofy Suarez |
| 2 | TIFFany | Machado Ocampo | TI | 1091278904 | S | AS | R | C | V | F/A | Samaria Baja | |
| 3 | Esteban | Machado Ocampo | TI | 1091270700 | S | AS | R | C | V | M/A | Samaria Baja | Esteban Machado |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÁ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | 16-05-16. | 3174386857. | 9 años |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

| Registro Individual | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Arauzazo | Meza | Milany | |

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | X | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1093231772

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|
| Contributivo | | Subsidiado | X | Cotizante | |
| Vinculado | | Particular | | Beneficiarios | |
| Otro | | ST | | Adicional | |

FECHA NACIMIENTO: 11 / 06 / 22 (DÍA / MES / AÑO) — 2 años

SEXO: F | M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Rda | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | Las Guacas | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3706369387 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinfligida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

## DIAGNÓSTICOS

| | | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | Z000 / J029 | J029 | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

4931089

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Gerardo A. Murillo V.
MÉDICO GENERAL
R.M. 944 RDA. UTP
C.C. 18504434

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso: 11.
Talla: 83.

**RIPS DE CONSULTA EXTERNA**
Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

| Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|
| Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Martinez | Nieto | Omar | |

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC [X] | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 4 5 7 7 1 8 0

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|
| Contributivo | | Subsidiado | [X] | Cotizante | |
| Vinculado | | Particular | | Beneficiarios | |
| Otro | | N.E | | Adicional | |

FECHA NACIMIENTO: 27 / 05 / 54 (DÍA / MES / AÑO) — 71 años

SEXO: F | M [X] | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Roy | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | La Buena | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3128757824 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | |
|---|---|---|---|
| | Urgencias | | Otro tipo de Consulta |
| | General | | |
| | Especializada | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinfligida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

## DIAGNÓSTICOS

| | CÓDIGO C.I.E. | Impr. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | 7000 | | | | |
| 1 | 7121 | | | | |
| 2 | 7120 | | | | |
| 3 | 493140 | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | |
| Valor Cuota Moderadora | |
| Valor Neto a Pagar | |

Gerardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
R.M. 944 PSIA. UTP
C.C. 18594434

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

ESO: 68
A: 120/70
PO: 97.

Qx HENNA
H HPB?
TOMO PRATOSINO
Qx Pomaccuicas RCV

**RIPS DE CONSULTA EXTERNA**
Registro Individual para la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

| Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|
| Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Gomez | Mejia | Sandra | Elena |

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] ASI [ ] MSI [ ] UN

No. IDENTIFICACIÓN: 25171516.

No. CARD:

**TIPO DE USUARIO**
- Contributivo [ ]
- Subsidiado [X]
- Vinculado [ ]
- Particular [ ]
- Otro [ ] D.S

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

**FECHA NACIMIENTO**: 17 / 02 / 76. (DÍA / MES / AÑO)
49 años

**SEXO**: [X] F [ ] M [ ] I

**RESIDENCIA HABITUAL**

| | |
|---|---|
| Depto | Rda |
| Municipio | Sta Rosa |
| Barrio | La Bureca |
| Zona | [ ] Urbana [ ] [ ] Rural |
| Teléfono | 3113080311 |

## CONSULTA EXTERNA

**No. AUTORIZACIÓN**:

**FECHA NACIMIENTO**: 25 / 05 / 25. (DÍA / MES / AÑO)

**TIPO DE CONSULTA**
- Urgencias [ ]
- General [ ]
- Especializada [ ]
- Otro tipo de Consulta:

**CAUSA EXTERNA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

**FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

**DIAGNÓSTICOS**

| | | CÓDIGO C.I.E. | Impl. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | Z000 Icox AR. | 4931095 | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso: 69
Talla: 165.
TA: 140/70
Spo: 98.

99 AÑOS

AP AR.
CONTROL MI.
TOMA HEMOTRIPOTE.
ACTUAL. ESTUDIO HTA
ABD 62 AR
SE REMITE. CRÓNICOS POLIGLO

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individ... la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Escobal | Tamayo | Angel | Maria |

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] ASI [ ] MSI [ ] UN

No. IDENTIFICACIÓN: 43379688

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | [ ] | Cotizante | [ ] |
| Subsidiado | [X] | Beneficiarios | [ ] |
| Vinculado | [ ] | Adicional | [ ] |
| Particular | [ ] | | |
| Otro | [ ] A.S | | |

FECHA NACIMIENTO: 12 (DÍA) 07 (MES) 63 (AÑO)

61 años

SEXO: F [ ] M [X] I [ ]

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Rda | | |
| Municipio | Stta Rosa | | |
| Barrio | La Guaicara | | |
| Zona | Urbana [ ] | | Rural [ ] |
| Teléfono | no tiene | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACION:

FECHA NACIMIENTO: 25 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA: Urgencias [ ] | General [ ] | Especializada [ ] | Otro tipo de Consulta [ ]

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

## DIAGNOSTICOS

| | | CODIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | 7000 7121 · 7125 4931096. | | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

Valor Consulta:

Valor Cuota Moderadora:

Valor Neto a Pagar: $

Gerardo A. Murillo V. MEDICO GENERAL R.M. 644 RDA. UTP C.C. 18594454

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla: 165
Peso: 63.
IPO: 92
TA: 120/70.

EDAD 61 AÑOS

ASIT.

Qx (-)

Fumador Activo.

Dx Cuadro de Bronquitis RCV

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individ, ...a la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Montaño | Aguirre | Karen | Dahiana |

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | RC | [X] TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1 1 8 9 2 1 3 5 7 1

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contributivo | | Subsidiado | [X] | Cotizante | |
| Vinculado | | Particular | | Beneficiarios | |
| Otro | | ST | | Adicional | |

| FECHA NACIMIENTO | | |
|---|---|---|
| 2 1 | 1 0 | 1 0 |
| DÍA | MES | AÑO |

14 AÑOS

SEXO: F [X] M [ ] I [ ]

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Cauca | | |
| Municipio | | | |
| Barrio | La Gurcera | | |
| Zona | Urbana [ ] | | Rural [ ] |
| Teléfono | | | |

## CONSULTA EXTERNA

| No. AUTORIZACIÓN | FECHA NACIMIENTO | | |
|---|---|---|---|
| | 2 5 | 0 5 | 2 5 |
| | DÍA | MES | AÑO |

| TIPO DE CONSULTA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | Otro tipo de Consulta | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| | Accidente Ofídico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNÓSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Soto | Jaimes | Diocelidy | |

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | RC | X | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 9 3 7 2 3 1 5 6 1

No. CARO:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | | Cotizante | |
| Subsidiado | X | Beneficiarios | |
| Vinculado | | Adicional | |
| Particular | | | |
| Otro | A.S | | |

FECHA NACIMIENTO: 09 (DÍA) 10 (MES) 09 (AÑO) — 15 años

SEXO: F X | M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Cesar | | |
| Municipio | Sta Rosa. | | |
| Barrio | Guerrero | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3213253313 | | |

## CONSULTA EXTERNA

| No. AUTORIZACIÓN | FECHA NACIMIENTO | TIPO DE CONSULTA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 25 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO) | Urgencias | | Otro tipo de Consulta | |
| | | General | | | |
| | | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNÓSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr 7003 Z300 4931106. | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | |
| Valor Cuota Moderadora | |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Gerardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
R.M. 944 RDA. UTP
C.C. 1059...

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso: 54
Talla: 156
SPO: 98.
TA: 120/70

Edad 16 años.

Paciente pasa

Alergica 10 años →

Fumi Activa

Rx. Apendice

Sintomatica.

Laparoscopia

Se programa cx. y

Educacion

Preoperatorio

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individu... a la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Guapacha | | Juan | Esteban |

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | [X] RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACION: 1 0 9 1 2 7 9 5 6 5

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | | Cotizante | |
| Subsidiado | X | Beneficiarios | |
| Vinculado | | Adicional | |
| Particular | | | |
| Otro | NE | | |

FECHA NACIMIENTO: 04 (DÍA) | 11 (MES) | 18 (AÑO)

Carros

SEXO: F | | M | X | I | |

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Rdy | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | La Guacera | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 (DÍA) | 05 (MES) | 25 (AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | |
|---|---|---|---|
| | Urgencias | | Otro tipo de Consulta |
| | General | | |
| | Especializada | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Fisico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNOSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Giraldo | Cortes | Roberto | Emilio |

TIPO IDENTIFICACIÓN: [ ] RC [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] ASI [ ] MSI [ ] UN

No. IDENTIFICACIÓN: 4579818

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | | Cotizante | |
| Subsidiado | X | Beneficiarios | |
| Vinculado | | Adicional | |
| Particular | | | |
| Otro | A.S | | |

FECHA NACIMIENTO: 23 / 05 / 58 (DÍA / MES / AÑO) — 67 años

SEXO: F [ ] M [X] I [ ]

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | La Floresta | | |
| Zona | Urbana [ ] | | Rural [ ] |
| Teléfono | 3104374785 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 / 05 / 23 (DÍA / MES / AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta |
|---|---|---|---|
| | Urgencias | [ ] | |
| | General | [ ] | |
| | Especializada | [ ] | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinfligida | 13 | Enfermedad General |
| | Accidente Ofídico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

## DIAGNÓSTICOS

| | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | 7000 | | | | |
| 1 | I10X | | | | |
| 2 | E782 | | | | |
| 3 | 4931093 | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Gerardo A. Murillo V.
MÉDICO GENERAL
R.M. 344 RNA. UTP
C.C. 15594434

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso. 45
TA: 140/90.
PO: 98.

Edad 67.

Reisda HC Anterior
Hta. No esta crónicos
se remite prognosis
crónicos

Vacuna - Gripe

| | Registro Individual | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|---|
| | | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Valdes | Matato. | Maria | . Cristina |

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 2 4 8 2 9 7 4 9 — No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | | Cotizante | |
| Subsidiado | X | Beneficiarios | |
| Vinculado | | Adicional | |
| Particular | | | |
| Otro | ST | | |

| FECHA NACIMIENTO | | |
|---|---|---|
| 07 | 09 | 60 |
| DÍA | MES | AÑO |

56 años

| SEXO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F | X | M | | I | |

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Dda | | |
| Municipio | | | |
| Barrio | La Cuesta. | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | | | |

## CONSULTA EXTERNA

| No. AUTORIZACIÓN | FECHA NACIMIENTO | | |
|---|---|---|---|
| | 25 | 05 | 23 |
| | DÍA | MES | AÑO |

| TIPO DE CONSULTA | | | |
|---|---|---|---|
| Urgencias | | Otro tipo de Consulta | |
| General | | | |
| Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Fisico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNOSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presum | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Registro Individual pa... TIPS DE CONSULTA EXTERNA ...restación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Galeano | Velasco | Ana | Sofia |

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | RC [X] | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 9 1 2 8 0 3 4 0

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|
| Contributivo | | Subsidiado [X] | Cotizante | |
| Vinculado | | Particular | Beneficiario | |
| Otro | | N.E | Adicional | |

FECHA NACIMIENTO: DÍA 0 4 | MES 0 2 | AÑO 2 0

3 años

SEXO: F [X] | M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Cdy | | |
| Municipio | | | |
| Barrio | La Guecita. | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: DÍA 2 5 | MES 0 5 | AÑO 2 5.

| TIPO DE CONSULTA | | | |
|---|---|---|---|
| | Urgencias | | Otro tipo de Consulta |
| | General | | |
| | Especializada | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNÓSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Ingr. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual pa estación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Galeano | Velasco | Maximiliano | |

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | RC | TI [X] | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 9 3 2 3 2 5 1 1

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contributivo | | Subsidiado | [X] | Cotizante | |
| Vinculado | | Particular | | Beneficiarios | |
| Otro | | N.E | | Adicional | |

| FECHA NACIMIENTO | | |
|---|---|---|
| 14 | 10 | 24 |
| DÍA | MES | AÑO |

+ meses.

| SEXO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F | | M | X | I | |

| RESIDENCIA HABITUAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Depto | Qdy | | | | |
| Municipio | | | | | |
| Barrio | La Guecera. | | | | |
| Zona | Urbana | | | Rural | |
| Teléfono | | | | | |

## CONSULTA EXTERNA

| No. AUTORIZACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

| FECHA NACIMIENTO | | |
|---|---|---|
| 25 | 05 | 23 |
| DÍA | MES | AÑO |

| TIPO DE CONSULTA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | Otro tipo de Consulta | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| | Accidente Ofídico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNÓSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Registro Individual pa[illegible]IPS DE CONSULTA EXTERNA<br>[illegible]estación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Londoño | Grajales. | Luz | Estela. |

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] ASI [ ] MSI [ ] UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 8 7 9 8 7 2 7 6 1

No. CARD:

**TIPO DE USUARIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | [ ] | Subsidiado | [X] |
| Vinculado | [ ] | Particular | [ ] |
| Otro | [ ] N.E | | |

**TIPO DE AFILIADO**

| | |
|---|---|
| Cotizante | [ ] |
| Beneficiarios | [ ] |
| Adicional | [ ] |

**FECHA NACIMIENTO**

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 31 | 12 | 87 |

36 años.

**SEXO**

F [X] M [ ] I [ ]

**RESIDENCIA HABITUAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Depto | Reda | | | |
| Municipio | | | | |
| Barrio | La Guetera | | | |
| Zona | Urbana | [ ] | | Rural [ ] |
| Teléfono | | | | |

## CONSULTA EXTERNA

**No. AUTORIZACIÓN**

**FECHA NACIMIENTO**

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 23 | 05 | 23. |

**TIPO DE CONSULTA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Urgencias | [ ] | Otro tipo de Consulta | |
| General | [ ] | | |
| Especializada | [ ] | | |

**CAUSA EXTERNA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

**FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

**DIAGNOSTICOS**

| | | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | | | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

| | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Registro Individual : Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Palacio | Meza | Victor | Manuel |

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | RC | X | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1089618416

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | | Cotizante | |
| Subsidiado | X | Beneficiarios | |
| Vinculado | | Adicional | |
| Particular | | | |
| Otro | A.S | | |

FECHA NACIMIENTO: 16 / 01 / 13 (DÍA / MES / AÑO) — 12 años

SEXO: F | M X | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Risaralda | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | La Guerrera | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3206369387 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | Otro tipo de Consulta | |
|---|---|---|---|
| | Urgencias | | |
| | General | | |
| | Especializada | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

## DIAGNÓSTICOS

| | | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | Z000 | J029 | 4931094 | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Gerardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
R.M. 944 RDA. UTP
CC. 19594434

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla 1,48
Eso: 45.
PO: 98.

TOP RANOS.

Bas Sa Empal

Oz + + Gio tomatico

Registro Individual para PS DE CONSULTA EXTERNA
...tación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

| Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|
| Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Sanchez | Garcia | Luz | Malina |

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 25162598

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contributivo | | Subsidiado | X | Cotizante | |
| Vinculado | | Particular | | Beneficiario | |
| Otro | | N.E | | Adicional | |

FECHA NACIMIENTO: 12 / 03 / 66. (DÍA / MES / AÑO)

58 años

SEXO: F [X] M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Roly | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | La Succesa | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3208635962 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| | Accidente Ofídico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

## DIAGNÓSTICOS

| | | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | | | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

4931189

Z000 I10X F782 M25F.

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | |
| Valor Cuota Moderadora | |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Gerardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
R.M. 944 RDA. UTP
C.C. 1855[illegible]04

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla: 164.
Peso: 76.
TA: 140/80
SPO: 98

56 AÑOS

AP. Q NÍCOS Dislipemia
HTA

RAS Q SCLEROSIS
EN PROGRESIÓN

AOO GSPSVT.
H. SY.

Registro Individual

# RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

| Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|
| Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Arenazo | Mesa | Nicol | Dayana |

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] ASI [ ] MSI [ ] UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1091279378

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Contributivo | [ ] | Cotizante | [ ] |
| Subsidiado | [X] | Beneficiarios | [ ] |
| Vinculado | [ ] | Adicional | [ ] |
| Particular | [ ] | | |
| Otro | ST | | |

FECHA NACIMIENTO: 05 (DÍA) 08 (MES) 18 (AÑO) — 6 años

SEXO: F [ ] M [X] I [ ]

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Rdy | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | La Guacira | | |
| Zona | Urbana [ ] | | Rural [ ] |
| Teléfono | 3206369387 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | |
|---|---|---|---|
| Urgencias | [ ] | Otro tipo de Consulta | |
| General | [ ] | | |
| Especializada | [ ] | | |

### CAUSA EXTERNA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinfingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Fisico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

### FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

### DIAGNOSTICOS

| | | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | 7000 | J039 | 493113 | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Gerardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
S.M. 944 RDA. UTP
C.C. 16594454

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso: 23.0
Talla: 112

| Registro Individual | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Mesa | Lopez | Luz | Elena |

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] ASI [ ] MSI [ ] UN

No. IDENTIFICACIÓN: 25165215

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|
| Contributivo | [ ] | Subsidiado | [X] | Cotizante [ ] |
| Vinculado | [ ] | Particular | [ ] | Beneficiarios [ ] |
| Otro | [ ] ST | | | Adicional [ ] |

FECHA NACIMIENTO: 26 (DÍA) 07 (MES) 71 (AÑO)

SEXO: F [X] M [ ] I [ ]

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Roldanillo | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | La Guacana | | |
| Zona | Urbana [ ] | | Rural [ ] |
| Teléfono | 3206369387 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinfingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Fisico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

| DIAGNOSTICOS | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr J000 J029. F05X | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Eduardo A. Murillo V. MÉDICO GENERAL R.M. 949 RDA UTP C.C. 16504434

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla: 150
Peso: 65.
TA: 120/70
SPO: 98.

EDAD

R/S. SÍNDROME GRIPAL

P/ EVDA

Dr Tomás

| Registro Individual | RIPS DE CONSULTA EXTERNA<br>Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud | Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Giraldo | De Galeano | Blanca | Isabel |

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC [X] | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 41894148

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|
| Contributivo | | Subsidiado [X] | Cotizante | |
| Vinculado | | Particular | Beneficiarios | |
| Otro | N.E | | Adicional | |

FECHA NACIMIENTO: 06 (DÍA) 07 (MES) 53 (AÑO) — 71 años

SEXO: F [X] | M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Rda | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | Guecelg | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3125765258 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta | |
|---|---|---|---|---|
| | Urgencias | | | |
| | General | | | |
| | Especializada | | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Fisico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

## DIAGNOSTICOS

| | | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | Z000 I10X F669 E119 | 4913187 | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | |
| Valor Cuota Moderadora | |
| Valor Neto a Pagar | |

Gerardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
U. Risaralda. UTP
1859434

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

alla 1,68.
A: 130/80.
po: 98.

EDAD 24. Ap. HTA

Crónicos. Hosp. tal.

HC Doctor Articular

Rodilla Grupo

Registro Individual

**RIPS DE CONSULTA EXTERNA**
Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

| Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|
| Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Flores | flores | Martha | Lucia |

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — **X** (CC)

NO. IDENTIFICACIÓN: 2 5 1 6 3 9 8 5

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|
| Contributivo | | Subsidiado | X | Cotizante | |
| Vinculado | | Particular | | Beneficiario | |
| Otro | | A.S | | Adicional | |

**FECHA NACIMIENTO**

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| | 10 | 69 |

55 años

**SEXO**

| F | M | I |
|---|---|---|
| X | | |

**RESIDENCIA HABITUAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Rda | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | La Suecia | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3217309904 | | |

## CONSULTA EXTERNA

**No. AUTORIZACIÓN**

**FECHA NACIMIENTO**

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 25 | 05 | 25 |

**TIPO DE CONSULTA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Urgencias | | Otro tipo de Consulta | |
| General | | | |
| Especializada | | | |

**CAUSA EXTERNA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| 2 | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| 3 | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| 4 | Accidente Ofídico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| 5 | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

**FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

**DIAGNÓSTICOS**

7000 E782 7/2/7/23 4931090

| | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|
| Pr | I24 | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | |
| Valor Neto a Pagar | |

Gerardo A. Murillo V.
MÉDICO GENERAL
R.M. 944 RDA. UTP
C.C. 18594434

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso: 55.
Talla: 148
SpO: 98.
TA: 130/80 .

Ap Disciplidectina.
SN + do MD.

Contro. MD.

**RIPS DE CONSULTA EXTERNA**
Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

| Código: | FOR-0003-010 |
|---|---|
| Versión: | 1 |

## DATOS USUARIO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Sanchez | Ramirez | Ana | Elvira |

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC [X] | CC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: [redacted]

No. CARD:

| TIPO DE USUARIO | | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|---|
| Contributivo | | Subsidiado [X] | Cotizante | |
| Vinculado | | Particular | Beneficiario | |
| Otro | N.E | | Adicional | |

FECHA NACIMIENTO: 07 (DÍA) 09 (MES) 68 (AÑO)

56 años

SEXO: F [X] | M | I

| RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|---|---|---|---|
| Depto | Rda | | |
| Municipio | Sta Rosa | | |
| Barrio | La Suecia | | |
| Zona | Urbana | | Rural |
| Teléfono | 3136957914 | | |

## CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

| TIPO DE CONSULTA | | | Otro tipo de Consulta |
|---|---|---|---|
| | Urgencias | | |
| | General | | |
| | Especializada | | |

| CAUSA EXTERNA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Accidente de Trabajo | 6 | Evento Catastro | 11 | Sospecha Violencia Sexual |
| | Accidente de Transito | 7 | Lesión x Agresión | 12 | Sospecha Maltrato Emocional |
| | Accidente Rábico | 8 | Lesión Autoinflingida | 13 | Enfermedad General |
| | Accidente Ofidico | 9 | Sospecha Maltrato Físico | 14 | Enfermedad Profesional |
| | Otro Accidente | 10 | Sospecha Abuso Sexual | 15 | Otra |

| FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención) | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención del Parto (Puerperio) | 6 | Detención Alteraciones del embarazo |
| 2 | Atención del Recien Nacido | 7 | Detención Alteraciones del Adulto |
| 3 | Atención Planificación Familiar | 8 | Detención Alteraciones Agudeza Visual |
| 4 | Detención Alteraciones Desarrollo Joven | 9 | Detención en Enfermedad Profesional |
| 5 | Detención Alteraciones Crecimiento | | |

## DIAGNOSTICOS

| | | CÓDIGO C.I.E. | Imp. Dx | Presun | C. Nuevo | C. Rep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pr | 7060 . M725 | 4931188 / L104. R | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Valor Consulta | $ |
| Valor Cuota Moderadora | $ |
| Valor Neto a Pagar | $ |

Gerardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
R.M. 944 RDA. UTP
C.C. 16594434

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

TA: 120/70
po 95
talla: 150
eso: 58

EDAD 56 AÑOS

AP. CLIMATERIO

G3P3 FUA

RX CEFALEAS
RINITIS
HISTERECTOMIA

RAS ANTALGICAS

SD ABD DOLOROSO
MOVIDO
DIARREAS CRÓNICA