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

4.4Realizar UNA (1) JORNADA DE SALUD mensual En la estación de policía a los ppl como población vulnerable municipal

Mayo ------2025
contrato 306

	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACION MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **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	
4.4 Realizar una jornada de salud mensual en la estación de Policía a los PPL como población vulnerable municipal	
NOMBRE ACTIVIDAD: Jornada de Salud **LUGAR**: Estación de Policía **FECHA**: 30 de mayo	**PROFESIONALES** (Médico) María Liliana Marín (Auxiliar de enfermería) Kelly Tatiana Rico (Higienista Oral)
	
	



	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
Orozco	Silva	Jose	Alberto

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 8 5 9 0 5 6 4

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 16 / 12 / 61 (DÍA / MES / AÑO)

63 años

SEXO: F | M [X] | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Rucio		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	No tiene.		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 30 / 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 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	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	4930998				
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

spo: 96.
FC: 68
TA: 130/80.

Motivo de Consulta: "Tengo dolor de cabeza"

Enfermedad actual: Paciente masculino de 63 años de edad, con antecede de diabetes NO IR en manejo con linagliptina. Consulta por cuadro clínico de 3 meses de evolución consistente en cefalea occipital de tipo tensional, que se exacerba con el movimiento, sin síntomas neurológicos asociados. Al examen físico con evidencia de nistagmo. En manejo actual con Dimenhidrinato de 50 mg.

Análisis: Paciento con cuadro de cefalea tensional sin signos de alarma, adicionalmente con síndrome vertiginoso asociado, por lo que se indica manejo con Betahistina por 1 mes.

Antecedentes:
- Patológicos → Diabetes tipo 2 NO IR
- Farmacológicos → Linagliptina.

Plan:
① Betahistina 8 mg, 1 tab vo cada 8 horas por 1 mes.
② ~~Bromoclidrina~~ Difenhidramina tab 50 mg, 1 tab cada noche por 1 me

	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
Gimenez	Restrepo.	Victor	Alfonso

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 1088260077 — No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado	X
Vinculado		Particular	
Otro	A-3		

			TIPO DE AFILIADO	
			Cotizante	
			Beneficiarios	
			Adicional	

FECHA NACIMIENTO: 12 (DÍA) 09 (MES) 88 (AÑO) — 36 AÑOS

SEXO: F | M X | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Santa Rosa		
Barrio	El Pueblo		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	Movistar		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			
	Urgencias		Otro tipo de Consulta
	General	X	
	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.	Impr. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr					
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MEDICO (A)

	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
Arias	Gallego	William	Fernando

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 1093724185 — No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO	SEXO
12 07 94 (DÍA / MES / AÑO)	F: — M: X — I: —
30 años	

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta. Rosa		
Barrio	El Cuartel		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	No tiene		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO	TIPO DE CONSULTA			
	30 05 25 (DÍA / MES / AÑO)	Urgencias		Otro tipo de Consulta	
		General			
		Especializada			

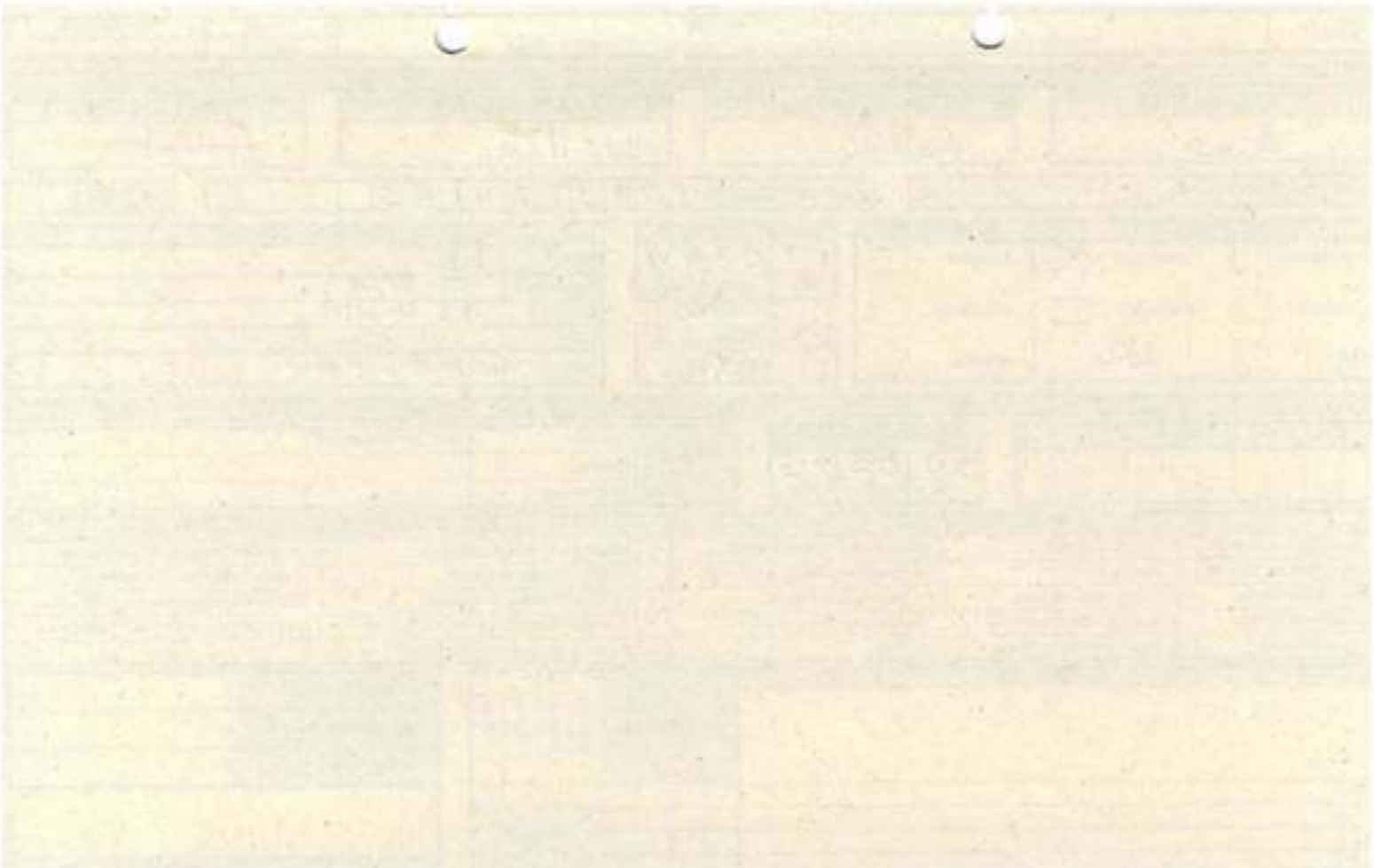
CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinfingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofidico	9	Sospecha Maltrato Fisico	14	Enfermedad Profesional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

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)



	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
Vargas		Edison	Andres.

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 7 6 5 1 4 2 4 9

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 07 (DÍA) 07 (MES) 78 (AÑO)

47 años

SEXO: F | M [X] | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Cdy		
Municipio	Sta. Rosa		
Barrio	Cuartel		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	no tiene		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 30 (DÍA) 05 (MES) 15 (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 en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr 4930928.					
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

	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
Marín	Ramirez	Kevin	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 a 1 2 7 2 9 0 2

No. CARD:

TIPO DE USUARIO			TIPO DE AFILIADO	
Contributivo	[ ]	Subsidiado [X]	Cotizante	[ ]
Vinculado	[ ]	Particular [ ]	Beneficiarios	[ ]
Otro	[ ] AS		Adicional	[ ]

FECHA NACIMIENTO: 04 (DÍA) 01 (MES) 06 (AÑO) — 19 años

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Cuartel		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	Notiene		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 30 (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 (Promocion 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 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
Moncada		Yeison	Esteban

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1004911600

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 05 (DÍA) 01 (MES) 02 (AÑO) — 23 años

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Eucalipto.		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	No tiene		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 30 (DÍA) 05 (MES) 75 (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 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
Cano	Giraldo	Victor	Alfonso

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

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

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO		
04	11	98
DÍA	MES	AÑO

26 años.

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Roda		
Municipio	Sta Roda		
Barrio	El Cuartel		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	No tiene		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN									

FECHA NACIMIENTO		
30	05	75
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 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	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 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
Garcia	Giraldo	Veison	

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 1093224754 — No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 04 (DÍA) 11 (MES) 98 (AÑO) — 26 años

SEXO: F | M X | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	STA Rosa		
Barrio	El Puente		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	NO Tiene		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 30 (DÍA) 05 (MES) 23 (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					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

	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
Londoño	Gonzalez.	Leonardo	Andres.

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

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

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado	X
Vinculado		Particular	
Otro	A.S.	Adicional	

FECHA NACIMIENTO		
19	01	82
DÍA	MES	AÑO

SEXO					
F		M		I	

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Cdg		
Municipio	Santa Rosa		
Barrio	El Cuartel		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	No tiene.		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO		
	30	05	25
	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
Registro Indivi[...]ara 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	Balbuena	Juan	Estiban

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC CE PA RC TI ASI MSI UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1091778137

No. CARD:

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

TIPO DE AFILIADO: Cotizante [ ] Beneficiarios [ ] Adicional [ ]

FECHA NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
24	17	00

25 años.

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

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rda
Municipio	Sta Rosa
Barrio	El Cuartel.
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	No tiene.

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
30	05	25

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 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	Detencion 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 . Registro Individ ara 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
Cardona	Yepez	Guillermo	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 6 5 2 2 9 5 6

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 08 (DÍA) 11 (MES) 62 (AÑO)

62 años

SEXO: F | M X | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	sta Rosa		
Barrio	Centro		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	No tiene		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 30 (DÍA) 05 (MES) 75 (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 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
	4930942	491			
Pr					
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

	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
Ordoñez	García	Francisco	Javier

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

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

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado	[X]
Vinculado		Particular	
Otro	N.E		

	Cotizante	Beneficiarios	Adicional

FECHA NACIMIENTO: 07 07 90 (DÍA / MES / AÑO)

33 años

SEXO: F | M [X] | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Sta Rosa	Rda	
Municipio			
Barrio	El Guaital		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	No tiene		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 30 05 25 (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			
	Urgencias		Otro tipo de Consulta
	General	[X]	
	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)

		PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL CONTRATO No. 306-2025	Código:	FOR-0063-003
			Versión:	2

FECHA			ESTRATEGIA O PROGRAMA	TIPO ACTIVIDAD
DIA	MES	AÑO		
30	05	2025	Actividades de Promoción y prevención En salud Comunitaria Incluyendo Enfermedades Transmisibles y no transmisibles	Comunitaria

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE
Jornada de salud mensual En la estación de Policía como población vulnerable municipal	Valentina Guerrero – Liliana Marín

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	Juan Esteban	Martinez Balbuena	CC	1091272837	S	ST	U	C	B	NA	El cuartel	x JUAN
2	Guillermo	Cardona Yepez	CC	6522956.	S	ST	U	C	B	NA	El Cuartel	x no Firma
3	Francisco Javier	Oidoñez Garcia	CC	1113066092	S	NE	U	C	B	NA	El cuartel	x
4	Leonardo Andres	Londoño Gonsalez	CC	1113679380	S	AS	U	C	B	NA	El cuartel	x no Firma
5	Rose Albeiro	Orozco silva	CC	18590564	S	NE	U	C	B	NA	El cuartel	x
6	Victor Alfonso	Gimenez Restrepo	CC	1088260077	S	AS	U	C	B	NA	El cuartel	Victor A Jimenez R
7	Wuilliam Fernando	Arias Gallego	CC	1093224185	S	NE	U	C	B	NA	El cuartel	x wuilliam Arias
8	Yeison	Garcia Giraldo	CC	1093224754	S	NE	U	C	B	NA	El cuartel	x
9	Victor Alfonso	cano Giraldo	CC	1093229821	S	ST	U	C	B	NA	El cuartel	x Victor cano
10	Yeison Esteban	Moncada	CC	1004911600	S	NE	U	C	B	NA	El cuartel	x Yeison
11	Edison Andres	Vargas	CC	17654249	S	AS	U	C	B	NA	El cuartel	x
12	Kevin	Marin Ramirez	CC	1091272902	S	AS	U	C	B	NA	El cuartel	x
13												
14												
15												

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVACIONES
1			24-12-2000	—11—	25 años
2			08-11-1962		62 años
3			07-02-1990	—11—	33 años.
4			18-01-1982	—11—	43 años
5			16-12-1961	—11—	63 años
6			12-08-1988	—11—	36 años.
7			12-07-1994	—11—	30 años
8			09-11-1994	—11—	30 años
9			04-11-1998	—11—	26 años
10			05-01-2002	—11—	23 años
11			02-02-1978	—11—	49 años
12			04-01-2006	—11—	19 años
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		
30	MES 05	AÑO 25.

ESTRATEGIA O PROGRAMA: Actividades promocion y prevencion en salud comunitaria, incluyendo enfermedades trasmisibles y trasnsmisibles

TEMA: Jornada de Salud- Estacion de Policia

PROFESIONAL RESPONSABLE: Kelly tatiana Ricc

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	Francisco Javier	Oidoñez Garcia	CC	1113066092	S	NE	U	C	B	M/A	Estacion Policia	x
2	Jose Albeiro	Orozco Silva.	CC	1085908564	S	NE	U	C	B	M/A	Estacion Policia	Medico
3	Victor alfonso	Jimenez Restrepo.	CC	1088260077	S	AS	U	C	B	M/A	Estacion Policia.	
4	leonardo Andres	londoño. Gonzales	CC	1.113679380	S	AS	U	C	B	M/A	Estacion Policia	
5	Victor alfonso	Cano. Giraldo	CC	1093224821	S	ST	U	C	B	M/A	Estacion Policia	x
6	William Fernando	Arias Gallego.	CC	1.093224185	S	NE	U	C	B	M/A	Estacion Policia	x
7	Kevin Marin	Ramirez	CC	1091272901	S	AS	U	C	B	M/A	Estacion Policia	x3
8	Marcol Fernando	Mosquera orejuela	CC	1.07054466.	C	[illegible]	U	C	B	M/A	Estacion Policia	x marcol fernando m
9	Edison Andres	Vargas Vargas	CC	17.354249	S	AS	U	C	B	M/A	Estacion Policia	
10	Carlos Alberto	Villa Villa	CC	1058816685	S	AS	U	C	B	M/A	Estacion P.	x carlos alberto
11	Isaias.	Isaza Villega.	CC	1088283806	C	[illegible]	U	C	B	M/A	Estacion P.	
12												
13												
14												
15												

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVACIONES
1			05-02-90.	3116119374.	33
2			16-12-61	3177272449.	63
3			12-08-88	3117298750.	36.
4			18-01-81		43.
5			04-11-98.	3226541949	26.
6			12-07-94.	3104172488	30.
7			04-01-06.	3135098677	9
8			03-03-89	3242966310	35.
9			76		49.
10			26-08-04.	3207269627	20.
11			30-07-90	3128030445	34.
12					
13					
14					
15					