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

4.3Realizar UNA (1) **JORNADA DE SALUD RURAL** cada mes en cada una de las siguientes veredas del municipio de Santa Rosa de Cabal: a) Santa Bárbara y Santa Rita, b) Fermín López c) Veredas del Sur, d) El Español e) La Florida f) La Capilla g) El Manzanillo, desplazando su personal técnico, operativo y logística a cada una de ellas.

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

4.2 Realizar una jornada de salud rural cada mes en cada una de las siguientes veredas del municipio de Santa Rosa de Cabal: a) Santa Bárbara y Santa Risa, b) Fermín López, c) Veredas del Sur, d) El Español, e) La Florida, f) La Capilla, g) El Manzanillo, despiazando su personal técnico, operativo y logístico a cada una de ellas

NOMBRE ACTIVIDAD: Jornada de Salud Rural **LUGAR:** Las Mangas **FECHA:** 29 de mayo	**PROFESIONALES** (Médico) María Liliana Morales (Auxiliar de enfermería) Patricia Quirama (Enfermera Jefe) 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
Tubares	Gil	Maria	Esperanza

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 1 4 0 0 9 6 5 1 — No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 26 / 04 / 60 (DÍA / MES / AÑO) — 65 años

SEXO: F X M I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	La Pradilla		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3137579176		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 29 / 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 Autoinfingida	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 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
Gaviria	Medina	Monica	Maria

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1089274466

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 14 (DÍA) 12 (MES) 89 (AÑO) — 35 años

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

RESIDENCIA HABITUAL		
Depto	Rda	
Municipio	Sta Rosa.	
Barrio	Las Flores.	
Zona	Urbana [ ]	Rural [ ]
Teléfono	3148952339	

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 29 (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					
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
Gonzalez	Aguirre	Yuliana	

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC [X] | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 1088020960 — No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 15 / 01 / 95 (DÍA / MES / AÑO) — 30 años.

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa.		
Barrio	Las Mangas.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3227361237		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	TIPO DE CONSULTA			
	29 / 05 / 25	Urgencias		Otro tipo de Consulta	
		General			
		Especializada			

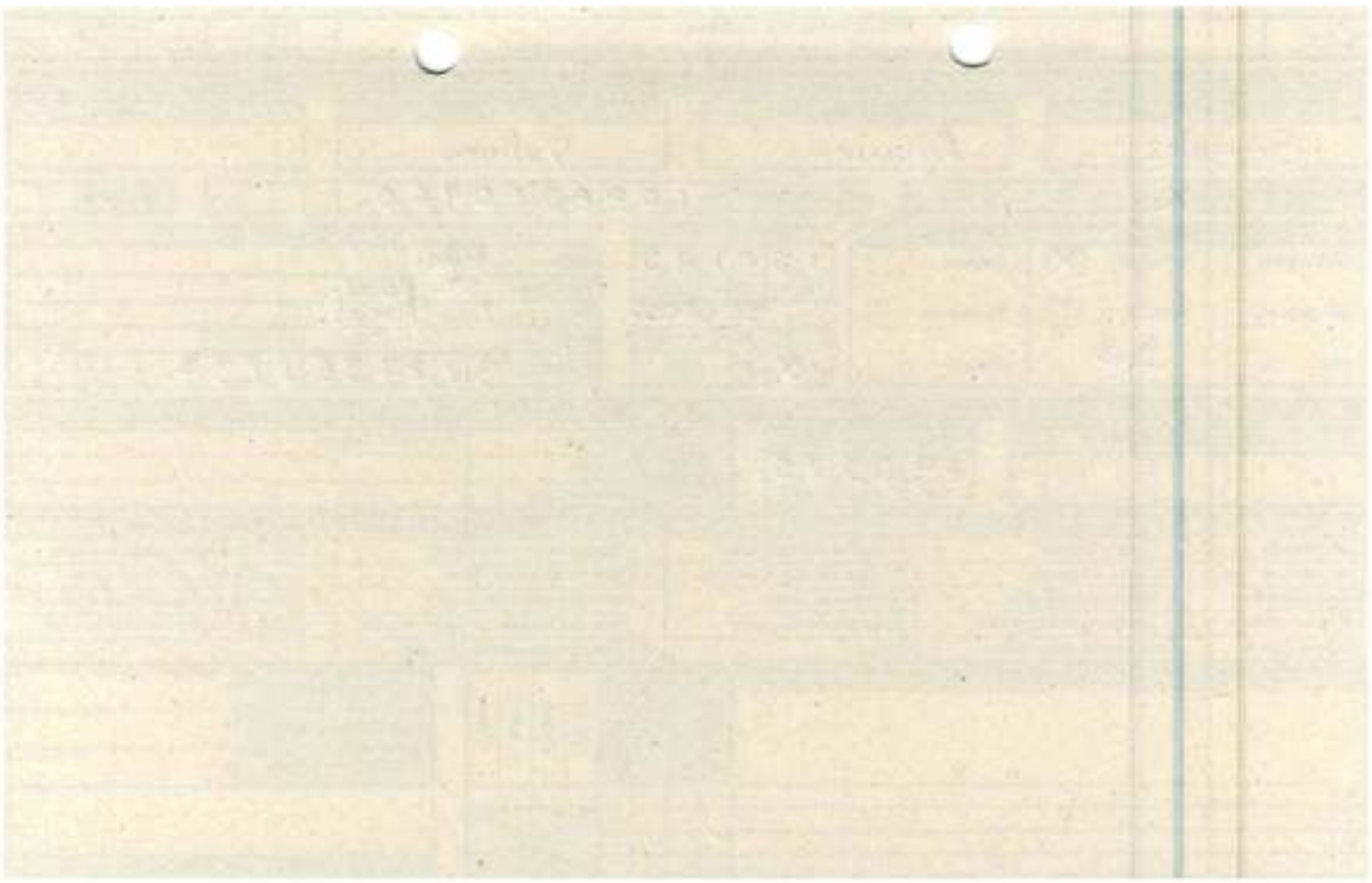
CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinfligida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofidico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
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.	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 Indiv. ara la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud	Código:	FOR-C023-010
		Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Valencia	Giraldo	Luis	Enrique

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 0 8 2 1 3 9 1 — No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 20 06 54 (DÍA / MES / AÑO) — 11 años.

SEXO: F | M X | I

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	Las Mangas		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3204368999		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 11 06 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					
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Registro Indiv. 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
Lopez	Orozco.	Luz	Adriana

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 1093212305. — No. CARD:

TIPO DE USUARIO: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro [ ] A.S

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

FECHA NACIMIENTO: 07 (DÍA) 09 (MES) 85. (AÑO) — 34 años.

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

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rda.		
Municipio			
Barrio	Las Mangas		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	3105300894		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 29 (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 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 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
Gomez	Aguirre	Wilmar	Arturo

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — **No. IDENTIFICACIÓN:** 1 0 1 0 3 9 6 6 — **No. CARD:**

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

FECHA NACIMIENTO: 03 (DÍA) 07 (MES) 61 (AÑO) — 64 años.

SEXO: F | M X | I

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rda.		
Municipio			
Barrio	Las Mangas.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3004246027.		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 29 (DÍA) 05 (MES) 95 (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					
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA 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
Granada	Ramirez	Maria	Lucila

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

No. IDENTIFICACION: 23168156

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 06 / 11 / 34 (DIA / MES / AÑO)

90 años.

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Cesar		
Municipio	Curumani		
Barrio	Las Mangas.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3146260993.		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 29 / 05 / 23 (DIA / 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 (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	CODIGO 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 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
Valencia	Vergara	Ana	Lucia

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 52330632 — No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 09/04/75 (DÍA / MES / AÑO) — 50 años.

SEXO: F X — M —

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio			
Barrio	Las Mangas.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3204360999		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 29/05/15 (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	CODIGO 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 INTERVEN NES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306-2025.

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

FECHA			ESTRATEGIA O PROGRAMA	TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
DIA	MES	AÑO				
29	05	2025.	Actividad de Promocion y Prevencion Enfermedades Transmitibles y no transmitibles	Jornada de salud Rural Vereda Las Mangas.	Dr Cristian Camilo Salazar: 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	Maria Lucioly	Granada Ramirez	cc	25.168.156.	S	NE	U	C	V	Na	Las Mangas.	
2	Ana Lucia	Valencia Vergara	cc	52330.632	S	NE	U	C	V	Na	Las Mangas.	
3	Maria Esperanza	Tabares Gil	cc	31.400965.	S	A.S	U	C	V	Na	Las Mangas	
4	Monica Maria	Gaviria Medina	cc	1088.274.466.	S	NE	U	C	V	Na	Las Mangas.	
5	Yuliana	Gonzalez Aguirre	cc	1.088.020960	S	AS	U	C	V	Na	Las Mangas	
6	Luis Enrique	Valencia Giraldo	cc	10082139	S	ST	U	C	V	Na	Las Mangas	
7	Luz Adriana	Lopez Orozco	cc	1093.212305	S	AS	U	C	V	Na	Las Mangas	
8	Wilmar Arturo	Gomez Aguirre	cc	10.103966.	S	AS	U	C	V	Na	Las Mangas	
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVACIONES
1			06-11-1934	3146260993	90 años
2			08-04-1975	3204368999	50 años.
3			26-04-1960	3137579176.	65.
4			14-12-1989	3148952339	35 años.
5			15-01-1995.	3227364237	30 años.
6			20-06-1954	3204368999.	71 años
7			07-09-1985	3105300894	39 años
8			03-07-1961	3004246027	64 años.
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			ESTRATEGIA O PROGRAMA	TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
29 DIA	05 MES	25 AÑO	Actividades de promocion y prevencion en salud comunitaria, incluyendo. enfermedades transmisible y no.	Jornada de Salud Rural- Veredas del Sur.	Kelly Tatiana Rico Molina	Comunitario

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	Aleska.	Arango Marquez	PPT CC	1258547.	PPT	PPT	R	C	V	NA	Veredas del Sur-Sede V.	Aleska
2	Luis Carlos	Correa Zuniga	RC	1128908657.	C	ST	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede Vereda	
3	Dilan Andres.	Dioso Montoya	TI	1089629461	C	ST	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V.	DYLan
4	Marlon	Monsalve.	TI	1089388945	ME	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V		Marlon
5	leidy Dahiana.	Ramrez Franco.	TI	1128880459.	S	ME	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V	Leidy
6	Yeferson.	Cardona	TI	1088836291	S	ME	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V.	Jefferson
7	Maria Estany	Villada Rosen	TI	1088885530	C	PPT	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V	
8	Aniuska	Arayo M.	PPT	1258449.		S	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V	Aleska
9	Manuela	Betancurth R	TI	1088884104	C	ST	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V	Manuela
10	Jhos Sebastian	Hoyos Garcia.	TI	1091277074.	C	ME	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V	Joan
11	Ana Sofia.	Cardona lopez	TI	1089388388.	S	AS	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V	Sofia cardona
12	Willington.	Dimate Gaviria	TI	1093187687.	S	ST	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V	Wiiinton
13	Monica	Montoyo Tosron.	TI	1093187687.	S	ST	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V	Wendy Juliana
14	Wendy Juliana	Rolonia Rodriguez	TI	1094213488	S	AS	R	C	V	N/A	Veredas del Sur-Sede V	WENDY
15	Jhon Faber.	Rolonia Rodriguez.	TI	1094140627	S	AS	R	C	V	N/A	Veredas del sur-Sede V	Jhon Faber

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVACIONES
1				3012487664	
2				3168884451	
3				3136546227	
4				3177619236	
5				3143441569	
6				3133781864	
7				3166971491	
8				3212487664	
9				3012896237	
10				3106155613	
11				3163354111	
12				3011755232	
13				3232104490	
14				3128461 4612	
15				3128461 4618.	

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

CONTRATO No. _____

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

FECHA		
29 DIA	05 MES	2025 AÑO

ESTRATEGIA O PROGRAMA:

TEMA: Brigada De Salud - Vereda las Mangas

PROFESIONAL RESPONSABLE: Stefanía Galic Castaño - Aux Farmacia

TIPO ACTIVIDAD:

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	Maria Lucila	Granado Ramirez	CC	25'168.156	S	NE	R	C	U	NA	las Mangas	Mª Gareth Gonzalez
2	Ana Lucia	Valencia Vergara	CC	52'330.63	S	NE	R	C	U	NA	las Mangas	Ana Lucia Valencia V.
3	Maria Esperanza	Tabares Gil	CC	31.400.965	S	AS	R	C	U	NA	las Mangas	Maria Esperanza Tabares G.
4	Monica Maria	Gaviria Medina	CC	1'088.234.466	S	NE	R	C	U	NA	las Mangas	Mónica Gaviria M
5	Luis Enrique	Valencia Giraldo	CC	10082139	S	ST	R	C	U	NA	las Mangas	Luis Enrique
6	Luz Adriana	Lopez Orozco	CC	1'093.212.305	S	AS	R	C	U	NA	las Mangas	Adriana López
7	Wilmar Arturo	Gomez Aguirre	CC	1010 39 66	S	AS	R	C	U	NA	las Mangas	Wilmar Gómez
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVACIONES
1	Mercedes Ramirez	Pedro Granada	06-11-34	314 62 60 993	90 - años
2	Luz Mary Vergara	José Valencia	08-04-75	320 436 89 99	50 - años
3	Edilma Gil	Fabio Tabares	26-04-60	313 757 97 76	65 - años
4	Adriana Medina	Alfredo Saavedra	14-12-89	3148952339	35 años
5	Alba Giraldo	José Valencia	16-05-54	3245682253	70 - años
6	Florencia Orozco	Heriberto Lopez	07-09-85	3109300894	39 - años
7	Elisa Aguirre	Luis Gomez	03-07-61	3004246027	64 - años
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

	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

4.2 Realizar una jornada de salud rural cada mes en cada una de las siguientes veredas del municipio de Santa Rosa de Cabal: a) Santa Bárbara y Santa Risa, b) Fermín López, c) Veredas del Sur, d) El Español, e) La Florida, f) La Capilla, g) El Manzanillo, desplazando su personal técnico, operativo y logístico a cada una de ellas

NOMBRE ACTIVIDAD: Jornada de Salud Rural **LUGAR**: El Español **FECHA**: 22 de mayo	**PROFESIONALES** Ángelo Acevedo (Médico) María Liliana Morales (Auxiliar de enfermería) Patricia Quirama (Enfermera Jefe) Kelly Tatiana Rico (Higienista Oral)
	
	

	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
Sepulveda	Gomez	Robeiro	De Jesus

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

No. IDENTIFICACIÓN: 7 0 3 0 2 3 8 1

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO		
26	01	73
DÍA	MES	AÑO

52

SEXO					
F		M	X	I	

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El español		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	3126589235		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN										

FECHA NACIMIENTO		
22	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 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	4926288.				
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

eso: 16.1
alla: 1.61
PO: 97
A: 120/90

RC= Vén n cantos

AD= Ck de pterig y costado go Izq.

Acude n cuentas para control general, Refren gatillo, Refluyo Intermitte

SSII Riesgo cuadro cardio, PSA, Sangre oculta en Hces

Lo se da orden Manual

	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
Mejia	Rios	Evangeline	

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | **PE** | TI | ASI | MSI | UN

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

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 11 (DÍA) 08 (MES) 22 (AÑO)

2 años

SEXO: F X | M | I

RESIDENCIA HABITUAL

Depto			
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Español		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3215380548		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 22 (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 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	4926286. ✓					
1						
2						
3						

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso: 11.8.
Talla: 85.
IC 95%
Z= 1.96

HC = Historia Clínica

Ap = Rinitis, Hemangioma, pared derecha

Hsdrc (Dirección Consultorio) Hora de inicio de la toma y

Reacción inmediata

55/ Cuerpo extraño en oído. → Síntoma

	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
Espinosa	Castaño	Jose	Fernan

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

No. IDENTIFICACIÓN: 7869437 9.

No. CARD:

TIPO DE USUARIO

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

TIPO DE AFILIADO

Cotizante	[ ]
Beneficiarios	[ ]
Adicional	[ ]

FECHA NACIMIENTO: 20 (DÍA) 10 (MES) 65 (AÑO).

59 años

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

RESIDENCIA HABITUAL

Depto			
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Español		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	3135135799.		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 22 (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 Físico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otro

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						

4926281

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

TA. 120/70 . FC = tengo 6mgs
20: 94 Aps no Refiere
eso. 78.7
alla: 182. CC → LO dos de tos expectoro flemita amarilla
no fiebre, nauseas en los tardes, fumador. Fenodo.

SSI Psicg-ictus para dejar el cigarrillo.

SSII Riesgo Cardiovascular / Rx Torax, Espirometria

↓ Lectura

Hemd.

	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
tabares	Quintero	Jaime	Andres

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 9 3 2 1 4 8 6 9

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO
28	09	87

37 años

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Español		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	3226028411		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO		
	DÍA	MES	AÑO
	22	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	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)

	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
Ospina	Gomez	Maira	Esperanza

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

No. IDENTIFICACIÓN: 25161492

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 10 01 63 (DÍA / MES / AÑO)

62 años

SEXO: F X M I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Español		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3112337543		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 22 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 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	Presum	C. Nuevo	C. Rep
Pr	4926284				
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso: 94.6. HC = Vengo a control.
Talla: 153
Cpo: 93 Ap = HTA. no en manejo por crónica.
TA: 140/80. DM II no IR / Hipercolesterolemia

Se Refuerzan dietas pendiente control por crónicos y endocrinología

Se da alta.

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Registro Individ[illegible]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
Castaño		Maira	Del Socorro

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

No. IDENTIFICACIÓN: 25156937

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 10 / 10 / 61 (DÍA / MES / AÑO)

63 años

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Español		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	3137627365		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 22 / 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		

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	✓ 4 925946				
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla: 1,55.
Peso: 83.4
~~Frecha~~
spo: 94
TA: 140/90

MC = Por los medicamentos.
AP = Escalera, dolor cronico en espalda.
Acude a cita por Refuerzo de tos
Refiere estos estados

Se dan fuerte manual.

	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
Marín	Castaño	Yuli	Andrea.

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1093217209

No. CARD:

TIPO DE USUARIO

Contributivo		Subsidiado	[X]
Vinculado		Particular	
Otro		N.E	

TIPO DE AFILIADO

Cotizante	
Beneficiarios	
Adicional	

FECHA NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
19	03	89

36 años

SEXO

F	M	I
X		

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Español		
Zona	Urbana:		Rural
Teléfono	3137627365.		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN

FECHA NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
22	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 Autoinfingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofidico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otro

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	Presum	C. Nuevo	C. Rep
Pr						
1						
2						
3						

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

4925784.

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
Gonzalez	Miguez	Maira	Nelly

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] ASI [ ] MSI [ ] UN — No. IDENTIFICACIÓN: 7.890.197-4 — No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA 28 — MES 06 — AÑO 62

62 años

SEXO: F [X] — M [ ] — I [ ]

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Cdg		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Esparo		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	3137424310		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: DÍA 22 — MES 05 — AÑO 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 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	4925669.					
1						
2						
3						

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla: 1,50
Peso: 55
SpO: 98
TA: 140/90

MC= tos un tem ca b mina

Ap= DM II, HTA, Hipolipidemia, Hipotiroidismo

CC → 7 d de sputo celulos o fumad

en Metabisopfilgos de 2 dosis de Mono 1 Zy.

Se mina mejor con Cefalosina y Naproxeno.

Recuentos si no mejor

Manual

	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
Rivas	Medina	Edilberto	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 2 3 0 6 1 7 H

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 28 (DÍA) 06 (MES) 51 (AÑO) — 73 años

SEXO: F | M X | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio			
Barrio	El Español		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3105127654		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 22 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

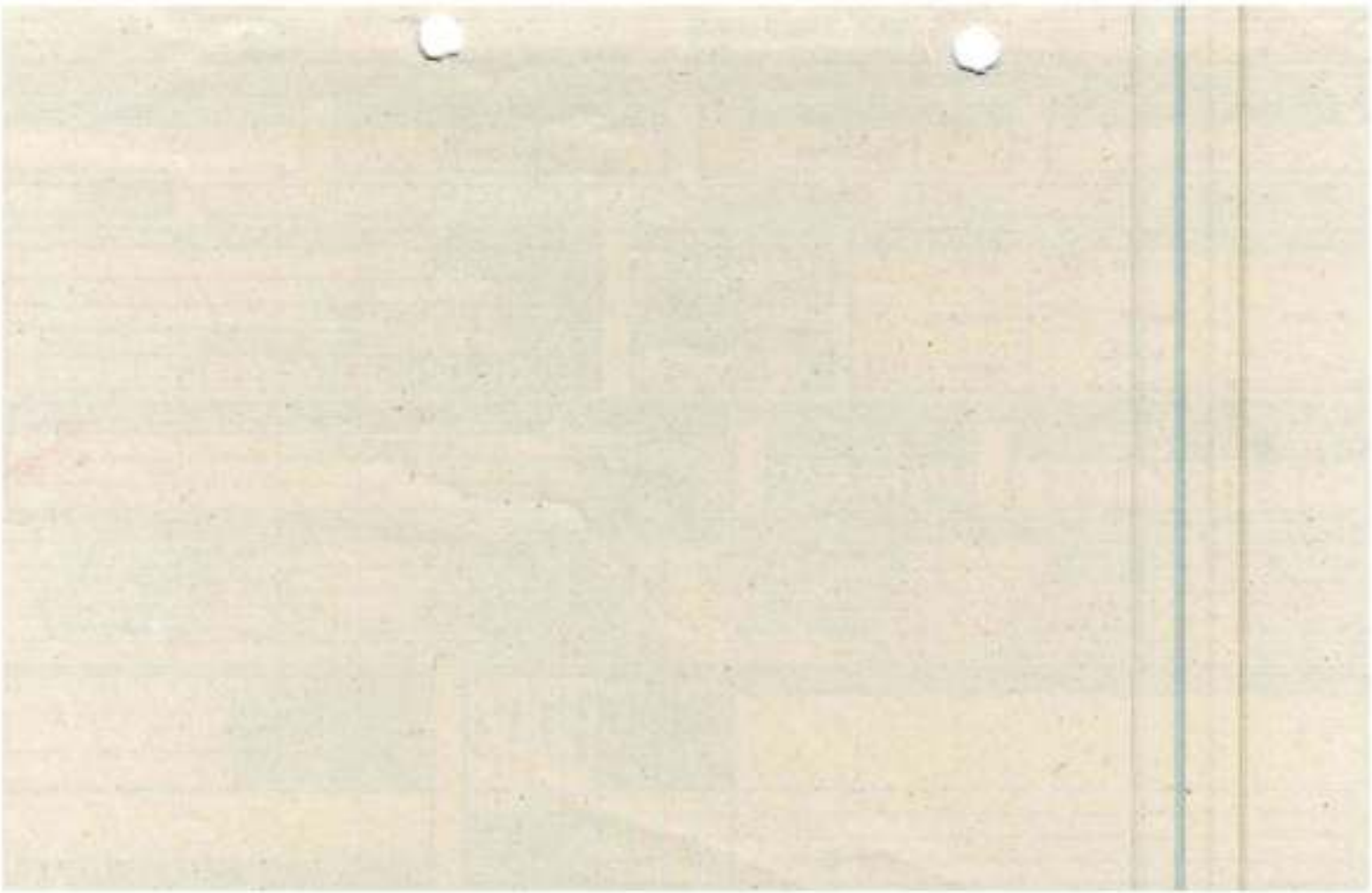
CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofidico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional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



Registro Individ.

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

Código:	FOR-3003-010
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Quintero	Orozco	Erasmo	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 5 9 0 1 3 8 4

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
01	07	55

69 años

SEXO

F		M	X	I	

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rda				
Municipio	Sta Rosa				
Barrio	El Español				
Zona	Urbana			Rural	
Teléfono	no tiene				

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN

FECHA NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
22	05	25

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	No Especificado 4925672.					
1						
2						
3						

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Altura 1,64
Peso: 58.2.
SPO: 98
TA: 120/70. Paciente com dx de Risco Cardiovascular

CC - crianca de dois anos internado a plantão IRe
que no mesmo com DEVZ, Diclo, inapetência

SSVV Re de linho sacro Cateter

Sc fundo Ant + Colorau Mscul.

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA 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
Pareja	Alzate	Cesar	Augusto

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

No. IDENTIFICACIÓN: 18597151

No. CARD:

TIPO DE USUARIO: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro [ ] A.S

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

FECHA NACIMIENTO: 26 / 08 / 71 (DÍA / MES / AÑO) — 53 años

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

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Escaño		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	3127840772		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	TIPO DE CONSULTA		Otro tipo de Consulta	
	22 / 05 / 25		Urgencias		
			General		
			Especializada		

CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Tránsito	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. 4925672 ✓					
1.					
2.					
3.					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

alla: 165. MC = tang Reflujo
eso: 56.8.
A 120/70 Ap = DM II IR, Colelitiasis
po: 98

Refuerza cual de Reflujo. - en ayunas con pirosis
No Esofagitis. - Se mejora en qué Hidratado
Estable - en mejor por cremas y gastroesofágicos.

Se fuma qué Hidratado → Manual.