	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Registro Individu 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	Gonzales.	Jose	Leonel.

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

No. IDENTIFICACIÓN: 4 2 8 0 0 8 2

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo	[ ]	Subsidiado	[X]
Vinculado	[ ]	Particular	[ ]
Otro	[ ] 5T	Cotizante	[ ]
		Beneficiarios	[ ]
		Adicional	[ ]

FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio			
Barrio	Betzabet.		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 | 06 | 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 Tránsito	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		

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Impl. 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	Garcia	Gonzalo .	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 3 9 8 5 1 1

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

SEXO: F | M X | I

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rdy		
Municipio	Sta Rosy		
Barrio	Betania		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 | 06 | 23 (DIA | 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 Autoinfingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofidico	9	Sospecha Maltrato Fisico	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					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA 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
Gallego	Corrales.	Rodrigo	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 6476890

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

SEXO: F | M [X] | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio	Betzabet		
Barrio			
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 / 06 / 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 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		

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

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castaño	Arias	Jose	Benjamin

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 7 1 7 9 6 1 1

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

SEXO: F | M [X] | I

RESIDENCIA HABITUAL

Depto			
Municipio			
Barrio	Betzabet		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 | 06 | 75 (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	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 [redacted] 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
Valencia	Cuartas.	Jose	Seven.

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

No. IDENTIFICACIÓN: 6279454

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	Betsabet.		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: DÍA 12 | MES 06 | AÑO 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 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	Detección Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detección Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detección Alteraciones Agudeza Visual
4	Detección Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detección 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)

	PS DE CONSULTA EXTERNA Registro Individual para stación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud	Código:	FOR-0003-010
		Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Arango	Gonzalez.	Matilde	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 24619457

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

SEXO: F | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio			
Barrio	Betzabel.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 17/06/25 (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 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.	Prestn	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
Cañas		Maira	Fabiola

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 8 9 7 4 5 4 9 1

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 26 (DÍA) 11 (MES) 40 (AÑO) — 85 años

SEXO: F X | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Boy		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	Bet Fabel		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 (DÍA) 06 (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 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	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 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	Castaño	Maria	Consuelo

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

No. IDENTIFICACIÓN: 31763383

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 16 / 10 / 51 (DÍA / MES / AÑO) — 74 años

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rdo.		
Municipio			
Barrio	Betzabet		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 17 / 06 / 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 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 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
Escalante.		Nestor	De Jesus

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

No. IDENTIFICACIÓN: 4573475

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA 06 | MES 12 | AÑO 38

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Poly.		
Municipio			
Barrio	B° Tecabet.		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: DÍA 12 | MES 06 | AÑO 25.

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	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 Individu... 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
Mejía	Londoño	Luis	Angel.

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | No. IDENTIFICACIÓN: 43741498 | No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 19 / 05 / 27 (DÍA / MES / AÑO) — 93

SEXO: F | M X | I

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

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 17 / 06 / 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 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 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
Rivillas	Giraldo	Samuel	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 2 5 2 0 1 8 4

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

SEXO: F [ ] M [ ] I [ ]

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio			
Barrio	Betsabet		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 | 06 | 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 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

Codigo:	FOR-0003-010
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Giraldo		Maira	Alicia

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

No. IDENTIFICACIÓN: 3 3 9 6 6 -

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 02 (DÍA) 09 (MES) 45. (AÑO)

80 años

SEXO: F [X] M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	Betzabet		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 17 (DÍA) 06 (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 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-000-010
		Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Giraldo		Maria	Alicia

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

No. IDENTIFICACIÓN: 3 3 9 6 6

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 02 (DÍA) 09 (MES) 45 (AÑO) 80.

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	Betsabel		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 (DÍA) 06 (MES) 25 (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 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	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
Orozco	Caceno.	Maria	Otelia

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

No. IDENTIFICACIÓN: 25174973142.

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 04 (DÍA) | 11 (MES) | 43 (AÑO)

82.

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Santa Rosa de Cabal.		
Municipio			
Barrio			
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 (DÍA) | 06 (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		

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
Arenas	Henao	Teresita	de Jesus.

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 9 1 1 2 7 9 8 3 5

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 15 (DÍA) 08 (MES) 56 (AÑO)

69.

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio	Santa Rosa de C.		
Barrio			
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 (DÍA) 06 (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 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		

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
Orozco	Ramirez.	Mario	Lirio.

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

No. IDENTIFICACIÓN: 25174709

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 13 | 10 | 41 (DÍA | MES | AÑO)

ESA

SEXO: F | M | I

RESIDENCIA HABITUAL

Depto			
Municipio	Santa Rosa de C.		
Barrio			
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 | 06 | 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 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		CODIGO C.I.E.	Impl. 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
Ismenia		Libias	Ismenia

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

No. IDENTIFICACIÓN: 25052291

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 02 (DÍA) 02 (MES) 36 (AÑO) 89

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	Betzabet.		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 12 (DÍA) 06 (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 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)

PLAN DE INTERVEN ONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PI DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306-2025.

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

25 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	Actividades de promocion y prevencion en salud. Comunitaria, incluyendo enfermedades Transmisibles y no Trans.

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
ud. trimestral en los 3 albergues n vulnerable.	Dr: Geraldo Murillo. Aux - Liliana Marin.	Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
219	Orozco Quiceno.	CC	25.149.742	S	NE	U	C	B	P/A	Albergue Betzabet	
Jesus	Arenas Henao	CC	1.091.274835	S	NE	U	C	B	P/A	Albergue Betzabet	
IA	Orozco Ramirez	CC	25.174.709	S	AS	U	C	B	P/A	Albergue Betzabet	
	ISHENIA	CC	25062299	S	NE	U	C	B	P/A	Albergue Betzabet	
	Alicia Giraldo	CC	33466.	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betzabet	
ola	Caños	CC	1.089745491	S	NE	U	C	B	P/A	Albergue Betzabet	
suelo	Gomez Castaño	CC	31263383	S	NE	U	C	B	P/A	Albergue Betzabel	
Jesus	Escalante	CC	45 73475	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betzabet	
el	Mejia londoño	CC	4574148	S	NE	U	C	B	P/A	Albergue Betzabet	
	Rivillas Giraldo	CC	25.20184	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betzabel	
	Villegas Castaño	CC	25153.612	S.	AS	U	C	B	P/A	Albergue Betzabet	
).	Valencia Cuartas	CC	6279454.	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betsabe	
ngo	Gonzalez	CC	24619457	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betzabe	
o.	Arango. Gonzales	CC	70093692	S	AS	U	C	B	P/A	Albergue Betzabe	
el.	Vargas Quintero.	CC	14.06084	S	NE	U	C	B	P/A	Albergue Betsabel	

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			04-11-43.		82 años
2			15-08-56		69 años
3			13-10-4		85 Años.
4			02-02-36.		89.
5			02-09-45		80 años
6			26-11-40		85
7			16-10-51		74 años
8			06-12-38		87
9			09-05-27		98 años.
10			9		
11			22-03-50.		75 Años.
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

25 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	Actividades de promoción y prevención en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles.

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
t. trimestral en los 3 albergues. ación Vulnerable.	Dr: Gerardo Murillo. Aux. Juliana M.	Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
ó.	Zuluaga Buitrago	CC	1236773	S	NE	U	C	B	P/A	Betzabel	
	Gallego Corales	CC	64.76880	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betzabe	
ín	Castaño Arias	CC	1717 9611	S	NE	U	C	B	P/A	Albergue Betzabel	
	Salazar de chica	CC	25.150444	S	NE	U	C	B	P/A	Albergue Betzabe	
	Salazar Orozco.	CC	45.82610.	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betsabel	
	Cristalarca. Alarcón	CC	1093217998	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betzabel	
	Angel Marolanda	CC	1810360	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betzabel	
el	lopez Gonzales	CC	42800082	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betzabe	
	Garcia Garcia	CC	398511	S	ST	U	C	B	P/A	Albergue Betsabe	

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

PLAN DE INTERVENC... ES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306 - 2025

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

2 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	Actividades de promoción y prevención en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
...lud trimestral en los 3 albergue ...n vulnerable.	Kelly tatiana Rico- Higene Oral	Comunitaria.

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
...ia	Orozco Quiceno	CC	25.149.742	S	NE	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
Jesus	Arenas Henao.	CC	1091279835	S	NE	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
...a	Orozco. Ramirez	CC	25.174.709	S	AS	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
	YSMENIA	CC	25052299	S	NE	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
...ia	Giraldo	CC	33966	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
...iola	Caños	CC	1.089745491	S	NE	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
...suelo	Gomez Castaño.	CC	31263383	S	NE	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
Jesus.	Escalante.	CC	4573475.	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
	Hejia londoño.	CC	4574148.	S	NE	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
	Rivillas Giraldo	CC	25.201.84	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
	Villegas Castaño	CC	25153.612	S	AS	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
...n.	Valencia Cortas	CC	6279454	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
	Arango Gonzales	CC	24619457	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabe	
...nso	Garcia Alvarez	CC	70093692	S	AS	U	C	B	N/A	Albergue Betzabe	
...el	Vargas Quintero	CC.	14060894	S	NE	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			04-11-43		82 años
2			15-08-56		69
3			13-10-4		85.
4			02 02 36		89
5			02.09.45.		80.
6			26-11-40.		85.
7			16-10-51		74
8			06-12-38		87.
9			09.05 27		98.
10					
11			22-03-50		75.
12			26-06-43		82.
13			09-05-38		87
14			30-10-54.		71
15			18-03-35		90.

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

CONTRATO No. _____

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

2025	ESTRATEGIA O PROGRAMA	Actividades de promoción y prevencion en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
con adultos mayores - Fundación Betsabé Arbeláez	Eliana María Giraldo B	Institucional

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
101	Orozco Quiceno	CC	25149742	S	NE	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
desús	Arenas Henao	CC	1091279135	S	NE	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
a	Orozco Ramirez	CC	25174709	S	AS	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
	ISMENIA	CC	25052299	S	NE	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
ilicia	Giraldo	CC	33966	S	ST	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
iola	Carlos	CC	1089745490	S	NE	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
suelo	Gomez Castaño	CC	31763383	S	NE	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
esús	Escalante	CC	4573475	S	ST	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
el	Mejia londoño	CC	4574148	S	NE	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
	Rivillas Giraldo	CC	25720184	S	ST	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
	Villegas Castaño	CC	25153612	S	AS	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
em	Valencia Cuartas	CC	6279454	S	ST	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
ngo	Gonzalez	CC	2469457	S	ST	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
nso	Arango Gonzalez	CC	70093692	S	AS	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	
ngel	Vargas Quintero	CC	1406084	S	NE	U	C	B	NA	Fun. Betsabé Arbeláez	

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1				3107963712	
2				"	
3				"	
4				"	
5				"	
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

25 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	Actividades de promocion y prevencion en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
alud trimestral en los 3 albergues. cion bolnerable.	Kelly Tatiana Rico - Higiene Oral	Comunitario

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
10.	Zuluaga Buitrago	CC	1236773	S	NE	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
	Gallego Corrales	CC	6476880	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
jumin.	Castaño Arias	CC	17179611.	S	NE	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
]	Salazar dechica	CC	25150444	S	NE	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
se	Salazar Orozco	CC	4582610	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
	chalarca Alarcon	CC	1093217998	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
).	Angel Marulanda	CC	1310360	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
el	lopez Gonzales	CC	42800082	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	
	Garcia Garcia	CC	398511	S	ST	U	C	B	N/A	Albergue Betzabet	

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1			25-0535		40 años.
2			08-10-42		83
3			29-08-47		78.
4			08-02-44		81.
5			13-04-35		90.
6			01-01-42		83.
7			19-0746		79.
8			15-05-58		67.
9			29-10-32.		93.
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

4.5 Realizar una jornada trimestral en los tres (3) Albergues como población vulnerable municipal

NOMBRE ACTIVIDAD: Jornada de Salud
LUGAR: Albergue Sagrado Corazón de Jesús
FECHA: 25 de junio Secreto Catalina

PROFESIONALES
Gerardo Murillo (Médico)
María Liliana Marín (Auxiliar de enfermería)
Liz Catherin Calle (Higienista Oral)
Eliana María Giraldo B. (Profesional del Deporte)

















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
Aguirre	Ramirez	Ricardo	Alberto

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1007624S

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 07 (DÍA) 09 (MES) 62 (AÑO) — 32 años

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

RESIDENCIA HABITUAL	
Depto	
Municipio	Santa Rosa
Barrio	Santa Catalina.
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO	TIPO DE CONSULTA			
	25 (DÍA) 00 (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		

DIAGNOSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	Z000 Examen general sin queja o sin diagnostico reportado	Z00				
1	E119 Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mencion de complicacion	E119				
2	F412 Trastorno mixto ansiedad y depresion	F412				
3						

4952190.

Valor Consulta	
Valor Cuota Moderadora	
Valor Neto a Pagar	

Gerardo A. Murillo I.
MEDICO GENERAL
RNA 949 RDA. ETP
C.C. 16...434

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

SPO 96
FC 89
TA 130/70

P: 69

T: 162

Hc. 01/04/2025

RENOVADO

RxS INSOLITO

+70p; CLONP

=, 5.

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Registro Individual por 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
Montoya	Jaramillo	Aracelly	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 25185257

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 29 / 11 / 53 (DÍA / MES / AÑO) — 41 años

SEXO: F [X] M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio	Santa Rosa		
Barrio	Santa Catalina		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 23 / 06 / 23 (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			
	Urgencias		Otro tipo de Consulta
	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 en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	7006 F009. Contributivo.					
1						
2						
3						

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

Gerardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
R.M. 949 RDA UTP
C.C. 15564434

FIRMA Y SELLO MEDICO (A)

Gen. ran HC

21/03/2021

VALX 6-D

HC 21/03/21

Renoir

Igusa

TA 140/80

FC 75

SPO 94

P:

T:

	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
Ramirez		Angelica	Maria

TIPO IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN	No. CARD
CE PA RC TI ASI MSI UN **X**	24151122	

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

FECHA NACIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO

SEXO		
F	M	I
X		

RESIDENCIA HABITUAL		
Depto		
Municipio		
Barrio	Santa Catalina	
Zona	Urbana	Rural
Teléfono		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO		
	DÍA	MES	AÑO
	25	06	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 Rabico	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 (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
Montoya	Quiceno	Sara	Rosa

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

NO. IDENTIFICACION: 25152996

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DIA 06 MES 02 AÑO 37

BB050J

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio	Santa Rosa		
Barrio	Santa Catalina.		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACION:

FECHA NACIMIENTO: DIA 25 MES 06 AÑO 25

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		

DIAGNOSTICOS	CODIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	7000 H100 . F03X				
1	H17 . E035				
2					
3					

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

Edgardo A. Murillo V.
MEDICO GENERAL
RM 944 RDA. ETP
C.C. 1.060.1424

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Revisão HC

Dec 01/04/2025

SPO 95
FC. 64
TA. 110/80

P: 34 kg
T: 1/43.co

M. pres tens M
Acetaminofen +
cafeno
+ Tiamina +
Lidocaina spray

Lo. spa tan
Tiamina en
Atonus tm tina

	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
Rendon	De Duque	Maria	

TIPO IDENTIFICACION	RC	CE	PA	RC	TI	ASI	MSI	UN	No. IDENTIFICACION	No. CARD
	X								74866268	

TIPO DE USUARIO				TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado		Cotizante	
Vinculado		Particular		Beneficiarios	
Otro		A3		Adicional	

FECHA NACIMIENTO		
DIA	MES	AÑO

SEXO					
F	X	M		I	

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio			
Barrio	Santa Catalina		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO		
	DIA	MES	AÑO
	25	06	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 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					
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

RIPS DE CONSULTA EXTERNA 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
Garcia	De Restrepo	Elvia	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 2 5 1 4 8 6 7 4

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio			
Barrio	Sta Catalina		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: DÍA 25 | MES 06 | AÑO 25

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 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
Castillon		Gabriela	Santa

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

No. IDENTIFICACION: 25149712

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA 02 MES 05 AÑO 40

84 años

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

RESIDENCIA HABITUAL	
Depto	
Municipio	Sta Rosa.
Barrio	Sta Catalina
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACION:

FECHA NACIMIENTO: DÍA 23 MES 06 AÑO 75

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 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	Detección Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detección Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detección Alteraciones Agudeza Visual
4	Detección Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detección en Enfermedad Profesional
5	Detección Alteraciones Crecimiento		

DIAGNOSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr 4957804					
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

PLAN DE INTERVENCI... ES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) ... L PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306. 2025

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA
2025.	Actividades de promocion y prevencion en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
...alud trimestral en los 3 albergues ...ción bulnerable.	Dr. Gerardo Murillo. Aux: Liliana M.	Comunitaria.

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	SANTA CASTRILLÓN	CC	25149712.	C	[illegible]	U	C	B	NA	SANTA CATALINA.	
	GARCIA DE RESTREPO	CC	25148674	S	SU	U	C	B	NA	SANTA CATALINA	
	RENDON DE DUQUE	CC	24866268	S	ASU	U	C	B	NA	SANTA CATALINA	ADENAS
	MONTOYA QUICENO	CC.	2515.2496	S	ASU	U	C	B	NA	SANTA CATALINA	
RIA.	RAMIREZ	CC	24.151122	S	NE	U	C	B	NA	SANTA CATALINA	
	MONTOYA JARAMILLO	CC	25158257	C	SAS	U	C	B	NA	SANTA CATALINA	MARTA
ERTO	AGUIRRE RAMIREZ	CC	1007622 45	C	[illegible]	U	C	B	NA	SANTA CATALINA	

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1					
2					
3					
4					
5					
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. _____

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

2025	ESTRATEGIA O PROGRAMA	Actividades de promocion y prevencion en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
en adultos mayores – Hogar Santa Catalina	Eliana Maria Giraldo B	Institucional

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	Santa Castrillon	Cc	25149712	C	Sos	U	C	B	NA	Hogar Santa Catalina.	
	Garcia de Restrepo	CC	25.148.674	S	ST	U	C	B	NA	Hogar Santa Catalina	
	Rendon de Duque	CC	29866268	S	NS	U	C	B	NA	Hogar Santa Catalina	
a	Montoya Quiceno	CC	25152996	S	AS	U	C	B	NA	Hogar - Santa Catalina	
NARIA	RAMIREZ.	CC	24/25/122	S	NS	U	C	B	A	Hoga Santa Catalina	
TOYA	MONTOYA JARAMILLO	CC	25158257	C.	SOS	U	C	B	NA	Hogar Santa Catalina	
BERTO	AGUIRRE RAMIREZ	CC	10076245	C.	COMF	U	C	B	NA	Hogar Santa Catalina	

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			02-05-1940		84 años
2			24-12-1923		101 años
3			25-10-1930		94 años
4			06-02-1937		88 años
5			29-04-1935		90 AÑOS.
6			29-11-1953		71 AÑOS
7			07-09-1952		72 AÑOS.
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

PLAN DE INTERVENCI ES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) L PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306- 2025

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

25AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	Actividades de promocion y prevencion en salud: Comunitario incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
d trimestral en los 3 albergues ión bonerable.	Liz Catherin Calle.	Comunitario

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	Montoya Zuamillo	CC	25158257	C	Sa	U	C	B	M/A	Santa Catalina	
eta	Aguirre Ramirez	CC	1007624S	C	Sanitas	U	C	B	M/A	Santa Catalina	ARENAS
	Santa Castillo	CC	25149712	C	Sanitas	U	C	B	M/A	Santa Catina	
	Garcia de Restrepo	CC	25148674	S	ST	U	C	B	MA	Santa Catalina	
	Rendon de duque	CC	29866268	S.	AS	U	C	B	MA	Santa Catalina	MARITZA
	Montoya Quicero.	CC	25152946	S	AS	U	C	B	MA	Santa Catalina.	
aria	Ramirez	CC	24251122	C	NE	U	C	B	MA	Santa Catalina.	

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					