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

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Franco	Morales.	Jimena	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 9 0 3 3 5 4 4 5.

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 03 (DÍA) 01 (MES) 10 (AÑO) — 15 años

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	El Español.		
Barrio			
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3128170695.		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 24 (DÍA) 07 (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		

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
Andrade	Castilla	Karoll	Dahiana

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1 1 1 0 2 3 2 4 9 7

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 19 10 04 (DÍA / MES / AÑO) — 20 años

SEXO: F X | M | I

RESIDENCIA HABITUAL		
Depto	Pda	
Municipio		
Barrio	El Espanol	
Zona	Urbana	Rural
Teléfono		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 24 07 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		

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 p… Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud	Código:	FOR-0003-010
		Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cardona	Henao.	Claudia	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1517549833

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 16 (DÍA) 01 (MES) 87 (AÑO)

43 A

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto			
Municipio	Santarosa		
Barrio	El espino.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 24 (DÍA) 07 (MES) 25 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

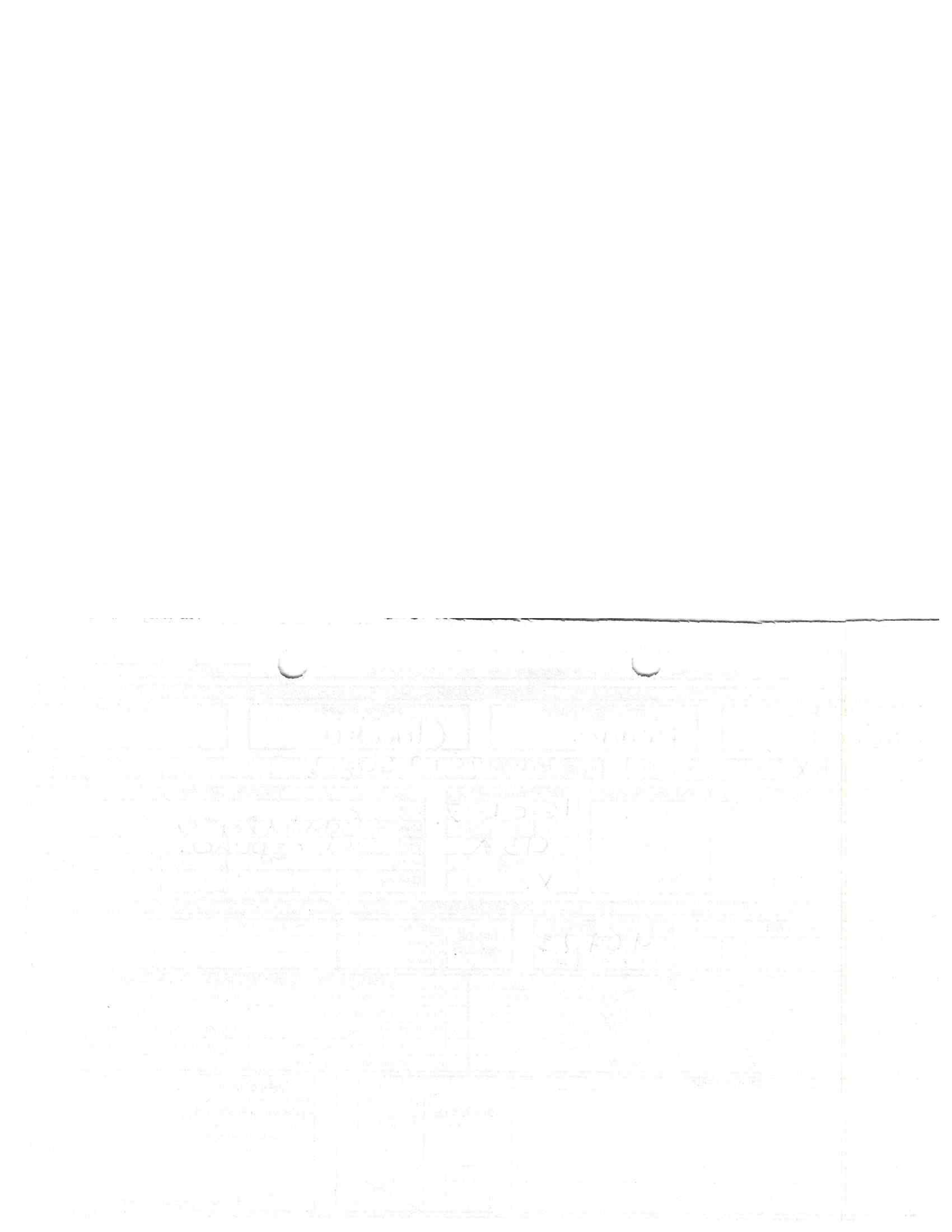
CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofidico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional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



	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
Arboleda	Cardona	Leidy	Johana

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1058912589

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 30 / 09 / 88 (DÍA / MES / AÑO) — 36 años

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Español		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3218177464		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 24 / 07 / 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		

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
Ramirez	Morales	Didier	Juan

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1861529 4

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 15 (DÍA) 03 (MES) 78 (AÑO)

SEXO: F | M [X] | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio			
Barrio	El Español		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3136535846		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 24 (DÍA) 07 (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	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 Indi [illegible] 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
Cardona	Henao	Carolina	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 39659111

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 04 (DÍA) 05 (MES) 83 (AÑO) — 42 años

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio			
Barrio	El Español		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3224948475		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 24 (DÍA) 07 (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	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
Ramirez	Morales	Sonia	Eucaris

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

No. IDENTIFICACIÓN: 25167861

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 11 (DÍA) 11 (MES) 70 (AÑO)

54

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Español.		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono	3160460399		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 24 (DÍA) 07 (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)

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

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Salazar	Escudero	Silvio	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 18512845.

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 08 (DÍA) 07 (MES) 62 (AÑO)

63 años.

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

RESIDENCIA HABITUAL	
Depto	Rda
Municipio	
Barrio	El Español
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	3117577982.

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 24 (DÍA) 07 (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	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)

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

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Fernandez.	Giraldo.	Maria	Cristina.

TIPO IDENTIFICACIÓN	CC	CE	PA	RC	TI	ASI	MSI	UN
	X							

No. IDENTIFICACIÓN: 24114 $392.

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO		
30	09	39
DÍA	MES	AÑO

SEXO					
F		M		I	

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Santander		
Municipio	Puerto Wilches		
Barrio	El Espino.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3122058103.		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO		
	24	09	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		

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 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
Noboa	Malgara	Luz	Bethy

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1123309214

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 24 / 10 / 89 (DÍA / MES / AÑO)

35 Año

SEXO: F | M | I

RESIDENCIA HABITUAL		
Depto	Santa Rosa	
Municipio		
Barrio	Espano	
Zona	Urbana	Rural
Teléfono	3104833140	

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 28 / 07 / 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		

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
Castaño		María	Del socorro

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC [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	NEP		

FECHA NACIMIENTO: 10 (DÍA) 10 (MES) 61 (AÑO) — 63 años.

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio			
Barrio	El español		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3137627365.		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 28 (DÍA) 07 (MES) 23 (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		

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
Olmos	Lopez	Maisol	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1091275754

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 04 / 11 / 11 (DÍA / MES / AÑO)

13 años

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rdg		
Municipio			
Barrio	El Espanol.		
Zona	Urbana [ ]		Rural [ ]
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 24 / 07 / 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		

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 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	Florez	Dora	Alba

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

No. IDENTIFICACIÓN: 75166141

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 19 / 08 / 72 (DÍA / MES / AÑO)

52 años.

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	El Espanol		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3207220549		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 24 / 07 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

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

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

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

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) L[illegible] PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306 - 2025

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

AÑO 2025

ESTRATEGIA O PROGRAMA: Actividades de Promoción y prevención En, salud comunitaria Incluyendo Enfermedades transmisibles y NO transmisibles

TEMA: [illegible]ud Vereda El español

PROFESIONAL RESPONSABLE: Dr. Angelo Acevedo - Maria Liliana Marin

TIPO ACTIVIDAD: Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
[illegible]ana	Arboleda Cardona	CC	1058912589	S	AS	R	C	V	NA	El español	Heidy Arboleda
	Quintero Gaviria	CC	24.616.600	S	ST	R	C	V	NA	El Español	[illegible] de pantoja
	Franco Morales	TI	1090335445	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Esperal	J. Silvana Franco
[illegible]	lopez Florez	CC	25166141	S	ST	R	C	V	NA	Vda El Español	+ Dora Alba Lopez
	Olmos Lopez	TI	1091275754	S	ST	R	C	V	NA	Vda El Español	Marisol OLMOS L.
[illegible]ris	Ramirez Morales	CC	25166786	S	AS	R	C	V	NA	Vda la Florida	[illegible] e Ramirez M
	Cardona Henao	CC	33965911	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Esperal	[illegible]
[illegible]	Ramirez Morales	CC	18615294	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Esperal	Dora - Ivonne
	Cardona Henao	CC	25175483	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Esperal	[illegible]
[illegible]iana	Andrade Castilla	CC	1110232.447	S	ST	R	C	V	NA	Vda el español	x karol Andrade
[illegible]	Nagoa Maigara	CC	1113310021	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Esperal	Luz Betti
[illegible]ccorro	Castano	CC	25156937	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Esperal	[illegible] del Socorro Castaño
[illegible]stura	Fernandez Giraldo	CC	25145347	S	ST	R	C	V	NA	Vda El Esperal	Cristina Fernández
	Salazar Escudero	CC	18512845	S	AS	R	C	V	NA	Vda El Esperal	Silvio Salazar

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1			30-sep-88	3218717746.	36 años
2			03-08-1945	3207092595	79 años
3	Johana Morales	Carlos Dono Franco	03-01-2010	3128170695	15 años
4			19-08-1972	320722054 9	52 años
5	Dora Albalopez	Carlos Olmos.	04-11-2011	320722054 9	13 años
6			11-11-1970	3146046039	54 años
7			04-05-1983	3224948475	42 años
8			15-03-1978	3136535846	47 años
9			16-01-1982	3217232856	43 años
10			19-10-2004	3206944956.	20 años
11			26-10-1989	31048338 0	35 años
12			10-10-1961	3137627365	63 años
13			30-07-1939	3122050103	85 años
14			28-02-1962	3112577982	63 años
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 comunitario incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
Salud rural - Vereda El Espanol	Eliana Maria Giraldo B.	Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
na	Arboleda Cardona	CC	1058912589	S	AS	R	C	V	NA	Vd. la Florida	Leidy Arboleda
	Quintero Gaviria	CC	24.616.600	S	ST	R	C	V	NA	Vda El Espanol	Luz Elefanteria
	Franco Morales	TI	1090335445	S	NE	R	C	V	NA	Vd El Espanol	J. Mena Franco
1	Lopez Florez	CC	25166141	S	ST	R	C	V	NA	Vda El Espanol	Dora Alba Lopez J.
	Olmos lopez	TI	1091275754	S	ST	R	C	V	NA	Vda El Espanol	Marisol OLMOS L.
aris	Ramirez Morales	CC	25166786	S	AS	R	C	V	NA	Vda la Florida	Soniac Ramirez M
	Cardona Henao	CC	33965911	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Espanol	Carolina Cardona
n	Ramirez Morales	CC	18615294	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Espanol	[illegible]
	Cardona Henao	CC	25175483	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Espanol	[illegible]
anna	Andrade castilla	CC	1.110.232497	S	ST	R	C	V	NA	Vda el espanol	Y karoll Andrade
	Nagoa Margara	CC	1113310024	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Espanol	luz Betti
rom	Gustavo	CC	25156937	S	NE	R	C	V	NA	Vda El Espanol	Miguel Gustavo Cardona
no	Fernandez Giraldo	CC	25145347	S	ST	R	C	V	NA	Vda El Espanol	Yeristina Fernández
	Salazar Escudero	CC	18512845	S	AS	R	C	V	NA	Vda El Espanol	Silvio Salazar

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			30-09-1988	3218717746	36 años
2			03-08-1945	3207092595	79 años
3	Dra. Johana Morales	Carlos Darío Franco	03-01-2010	3128170695	15 años
4			19-08-1972	3207220549	52 años
5	Dora Alba Lopez	Carlos Olmos	04-11-2011	3207220549	13 años
6			11-11-1970	3146046039	54 años.
7			04-05-1983	3224948475	42 años
8			15-03-1978	3136535846	47 años
9			16-01-1982	3217232856	43 años
10			19-oc-2004	3206944956	20 años
11			26-10-1989	3104833140	35 años
12			10-10-1961	3137627365	63 años
13			30-07-1939	3220501103	85 años
14			28-02-1962	3112577982	63 años
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 prevencion en salud comon Acria incluyendo enfermedades transmisibles y no-transmisi

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
l Rural - Vereda el Español	Kelly tatiana Rico - Higiene O.	Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	Franco Morales	TI	1040335445	S	NE	R	C	V	No	El español.	*Jhena franco
.	lopez Florez	CC	25160141.	S	SI	R	C	V	No	Español.	Dora Alba Lopez J.
	Olmos lopez	TI	1091275754.	S	ST	R	C	V	No	Español.	→Dora Alba Lopez J.
	Quintero Gaviria	CC	24616.600	S	SI	R	C	V	No	Español.	Eudelia Gaviria Q.
an	Ramirez Morales	CC	18615294	S	NE	R	C	V	No	Español	Docente

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1			03-01-10.	312.817 0695	15
2			19-Ago-62.	3207720549.	52.
3	Dora Alba lopez	Carlos Olmos.	4-11-11	3207220549	1ª. A.
4			03-Ago-43.	3207092595.	79.
5			15-03-78.	3136535846.	47.
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

AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
2025	Actividades de promoción y prevencion en salud comunitario incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles	ud - Vereda el español	Carol Dayana Ome Noriega	Comunitario

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	Quintero Gaviria	CC	24616600	S	S.T	R	C	U	N/A	El Español	
	Franco Morales	Ti	1090335445	S	N.E	R	C	U	N/A	El Español	
	Lopez Florez	CC	25166141	S	S.T	R	C	U	N/A	El Español	
	Ramirez Morales	CC	25166786	S	ASIS	R	C	U	N/A	La Florida	
	Cardona Henao	CC	33965911	S	N.E	R	C	U	N/A	El Español	
	Ramirez	CC	18615294	S	N.E	R	C	U	N/A	La Florida	
ana	Andrade Castilla	CC	1110232497	S	S.T	R	C	U	N/A	El Español	
mo	Castaño	CC	25156437	S	N.E	R	C	U	N/A	El Español	
	Rotaustia Restrepo	CC	24414610	S	ASIS	R	C	U	N/A	El Español	
	Salazar	CC	18512845	S	ASIS	R	C	U	N/A	Español	

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1			3-08-1943.	3207092595.	79 AÑOS
2			08-01-2009	3128170615	15 AÑOS.
3			19-08-1977	3207220549	52 AÑOS
4			11-11-1970.	3146046039	54 AÑOS.
5			04-05-1983	3224948475	42 AÑOS,
6			15-03-1978	3136535846	47 AÑOS
7			19-10-2004.	3206944956	20 AÑOS.
8			10-10-1961	3137627365.	63 AÑOS.
9			04-03-1963	3148590305	62 AÑOS
10			28-02-1962	3125779182.	63 AÑOS
11					
12					
13					
14					
15					