PLAN DE INTERVENC. ES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL 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
...lud. Rural – Vereda el Manzanillo	Dr. Angelo Acevedo - 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			
	Garces Garces	CC	18615961	S	SOS	R	C	V	NA	El Manzanillo	
	Quiroperha largo	CC	15910783	S	NE	R	C	V	NA	El Manzanillo	
...aimen	Arellano Saimiento	PPT	6910648	S	NE	R	C	V	NA	El Manzanillo	
	Marin Cardona	CC	24668852	S	AS	R	C	V	NA	El Manzanillo	x Adriana C. C.
	Arcila Buitrago	TI	1.093.229008	S	AS	R	C	V	NA	El Manzanillo	
...ander	Miranda Diaz	CC	59.16.877	S	NE	R	C	V	NA	El Manzanillo	
	Buitrago Rendon	CC	1093.215486	S	AS	R	C	V	NA	El Manzanillo	x Faber Buitrago

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			02-10-1979	3127552937	45 años
2			19-09-1947	3116377814	77 años
3			18-02-1984	3106154979	41 años.
4			31-03-1937	3117104551	88 años.
5			03-Marz-2016	3146106480	9 años.
6			27-oct.1979	3154410128	45 años.
7			27-03-1988	3145293697	36 años.
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

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

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
d - Vereda El Manzanillo	Stefania Gallo Castaño - Aux Farmacia	Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	Guapacha largo	CC	15910 783	S	NE	R	C	U	NA	El Manzanillo	Bernardo
	Aellano Sarmiento	PT	69106 48	S	NE	R	C	U	NA	El Manzanillo	NO Firma
s	Patiño Ramirez	CC	38580 303	S	NE	R	C	U	NA	El Manzanillo	x Adriana Cardona. C
	Cardona Marin	CC	24668 52	S	AS	R	C	U	NA	El Manzanillo	x Adriana Cardona. C.
rb.	Garcia Marin	CC	25 155744	S	NE	R	C	U	NA	El Manzanillo	Yolanda Garcia
	Arcila Buitrago	CC	1093 229008	S	AS	R	C	U	NA	El Manzanillo	Vivanco
xander.	Miranda Diaz	CC	59168 77	S	NE	R	C	U	NA	El Manzanillo	Alexander miranda

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1	Mercedes Largo	Ignacio Gamez	19-09-47	3116397814	78. AÑO
2	Alina Sarmiento	Jose Arellano.	18-02-84	3106159979.	41. AÑO
3	-o-	-o-	15.05-57	3135376293	65- AÑO
4	Eleonor- Marin.	Luis Cardona	31-03-37	3117104551	88. AÑO
5	Ana Luisa Marin	Agustar Garcia	05-05-56	3226551570	69- AÑO
6	Biviana Beltrago.	Jairo Orozco.	03-03-16	314 6106480	9- AÑOS
7	Rosalba Diaz.	Rafael Miranda.	27-10-79.	315 4410128	45- AÑO
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
salud rural - Vereda El Manzanillo	Eliana Mario Giraldo B	Comunitario

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	Garces Garces	CC	18615961	S	SO	R	C	V	NA	El Manzanillo	
	Anopacha Largo	CC	15910783	S	NE	R	C	V	NA	El Manzanillo	
carmen.	Arellano Sarmiento	PPT	6910648	S	NE	R	C	V	NA	El Manzanillo	
	Avila Buitrago	TI	1093229008	S	AS	R	C	V	NA	El Manzanillo	X Adriana C. C.
ander	Miranda Diaz	CC	5916877	S	NE	R	C	V	NA	El Manzanillo	Alexander Miranda
	Buitrago Rendon	CC	1093215486.	S	AS	R	C	V	NA	El Manzanillo	X Faber Buitrago

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			02-10-1979	3127552937	45 años
2			19-09-1947	3116399814	77 años
3			18-02-1984	3106159979	41 años.
4			31-03-1937	3117104551	88 años.
5			07-oct-1979	3154410128	45 años
6			24-03-1988	3145293697	36 años
7					
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

4.3 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:** Vereda El Español **FECHA:** 21 de agosto de 2025	**PROFESIONALES** Ángelo Acevedo (Médico) María Liliana Marín (Auxiliar enfermería) Kelly Tatiana Rico (Higienista Oral) Eliana María Giraldo B. (Prof. Del Deporte)
	
	

	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
Quintero	Gaviria	Lucelda	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 24616600

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA 03 MES 08 AÑO 45

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

RESIDENCIA HABITUAL	
Depto	Vda.
Municipio	
Barrio	El Espanol.
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	3207092595

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: DÍA 21 MES 08 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 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 498479. ✓					
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla: 1,50
Peso: 46.
FC: 91
SpO. 97
TA: 130/60.
PA: 94.

MC = tos Resta de sudoración

Hp = Hipoacusia, retracciones, DCa, dispnea

Con mascarilla mejora en el uso de flexetras

tos Resta de sudoración con hipoacusia neurosensorial bilateral en Reconocimiento, pero sin sobrecarga, pero otorrino

SSII Valoración por otorrino → Sistema

Se inicia Actos + codeína por dolor cuello y cuello

↳ 32 s/c c/12h x 1 día

↓

Alta.

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

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bermudez	Piedrahita	Yesica	Marcela

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1007311326

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 26 03 98 (DÍA / MES / AÑO) — 27

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Santa Rosa de C.		
Municipio	Espinal		
Barrio			
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3105502594		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 21 08 13 (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	Z000				
1	R520				
2					
3					

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

4984715

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla: 161
Peso: 81.9.
SPO 96
TA: 120/60.
FC 108
P.A: 105.

AC <= Tuvo gripe
HP= no refiere

CC= Refiere cefalea, odinofagia, no rinitis, tos expectorante verdosa ~~Malestar general~~.

FUM= 20/07/2025 R.COS., sin otros síntomas asociados

Sin alteraciones en exámenes

Cuadro de cefalea en 2 ocasiones hace 1 día.
Visión borrosa y entumecimiento en mano IZQ, náuseas.

SSI/ TAC cerebral ~~con~~ sin hallazgos patológicos

Se inicia Betametasona, dolo, Actovegin.

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

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Pareja	Bermudez	Alejandro.	

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

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

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 26 / 01 / 21 (DÍA / MES / AÑO)

SEXO: F | M X | I — 4

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	
Municipio	Santa Rosa de C.
Barrio	El Espanol
Zona	Urbana / Rural
Teléfono	3105502534.

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 21 / 08 / 15. (DÍA / MES / AÑO)

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

CAUSA EXTERNA

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

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)

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

DIAGNOSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	Z002 / R509 4984711					
1						
2						
3						

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso 15k
talla: =103.
SpO:
FC.
TA:
PA: SI.
P.C: SI

AC = fiebre

AP = no refiere

CC → 3 días. de fiebre el la trabaja, refiere odinofagia, sin otra sintomatología asociada

SSII Estomatología, Hematología → Hemograma

SSII otorrino → tapón de cerumen bilateral

La sitúa.

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

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Olmos	Lopez	Marisol	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1091217375

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 09 (DÍA) 11 (MES) 11 (AÑO)

SEXO: F X | M | I

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Santosa de f
Municipio	el espino
Barrio	
Zona	Urbana ___ Rural ___
Teléfono	3207272005

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 21 (DÍA) 08 (MES) 23 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA		Otro tipo de Consulta	
	Urgencias		
	General		
	Especializada		

CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofidico	9	Sospecha Maltrato 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 2003	4984704				
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso: 46.
talla: 158.
spo: a 99
fc: 92.
PA: 70.
TA. 100/60

MC = Examen

Ap = no refiere

tmo Resto de

Ys la Realizamo el lunes de ora.

HB 15,1 HTO 42 Plq 23L VCM 7,27

Cultivos control sangre la salida. ✓

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

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Lopez	Florez	Dora	Alba

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

No. IDENTIFICACIÓN: 25166141

No. CARD:

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

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

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL

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

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 21 (DÍA) 08 (MES) 25 (AÑO)

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

CAUSA EXTERNA

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

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)

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

DIAGNOSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	4984703 ✓					
1						
2						
3						

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

talla: 1,50
Peso: 54.
PA: 86.
spO: 100
FC: 87.
TA: 130/70

MC = Cyrus

AP = Hipotiroidismo, Hiperlipidemia, [illegible]

tra Reyes 6a: HbA1C = 5.7%, HDL 67

LDL 102, VDL 22 CT 192 Gluc 122, TG 111

TSH 4,8 T4Libre 1,22.

5a cita Metformina 1 tab al

día.

	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
Florez	Peret	Mario	Marleny

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

No. IDENTIFICACIÓN: 25773291

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 21 / 01 / 53 (DÍA / MES / AÑO) — 72.

SEXO: F | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Santa Rosa del		
Municipio	El Español.		
Barrio			
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3136866111		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 21 / 08 / 23 (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			
	Urgencias		Otro tipo de Consulta
	General		
	Especializada		

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

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

DIAGNOSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	I10X / E782.				
1					
2					
3					

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

Otra IPS.

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla: 1.62.
Peso 82.
SPO: 95
TA: 130/60
P.A: 104
F.C: 81.

MC = Cateterismo.
AP = HTA.
CC → Refuerzo de baja.
Estable sin requerimientos.

Sc de fondo mancha. → Mancha.
SSII Perfil lipídico de ctrl. → Mancha

PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL	Código:	FOR-0063-003
CONTRATO No. 306 - 2025	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
Salud Rural Vereda el español	Dr Angelo Acevedo - Maria Liliana	Comunitario.

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
leny	Flores Peret	CC	25.173291	S	NE	R	C	V	NA	El español	Marleny Flores
	olmos lopez	TI	1.091275.754	S	ST	R	C	V	NE	El español	Marisol OLMOS L.
	lopez flores	CC	25.166141	S	ST	R	C	V	NE	El español.	Dora Alba Lopez F.
cela	Bermudez P	CC	1.007311326	S	AS	R	C	V	NE	español	Yesica Bermudez P
	Pareja Bermudez	RC	1091280000	S	AS	R	C	V	NE	español.	Alejandro Pareja
	Quintero Caviria	CC	24.616.600	S	ST	R	C	V	NE	español	Luz Belida Quintero C

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1			21-01-53	3136806111	72.
2			04-11-11	3207720549	13
3			14 AG-12	3207720544	53
4			26-05-98	3105302574	24.
5			26-01-21	3165302574	4 AÑOS.
6			03 AG-45	3207092595	80.
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 promoción y prevención en salud comunitario Indagando enfermedades transmisibles y no transmi

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
Salud Rural Vereda el español,	Kelly tatiana Rico. Higiene	Comunitario

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
eny	Florez Perez	CC	25.173 291	S	SME	R	C	V	MA	El español.	Marleny Florez
	OLmos lopez.	TI	1091275.754	S	ST	R	C	V	MA	El español	Marisol OLMOS L.
	lopez Florez	CC	25166141	S	ST	R	C	V	MA	El español.	Dora Alba Lopez G.
icela	Bermudez P.	CC	1007311.326	S	AS	R	C	V	MA	el español	Yesica Bermudez
	Quintero Gaviria	CC	24.616.660	S	ST	R	C	V	MA	el español.	Rosalba Quintero G
	Pareja Bermudez	CC	1091280808	S	AS	R	C	V	MA	español.	Alejandro Pareja

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV.
1			21-01-53	3136806111.	72.
2			04-11-11	3207220549	13.
3			19-AG-72.	3207220549	53.
4			26-05-98	3105502514.	27
5			03-AG-45	3207092595	80.
6			26-01-21	3105506514	4 AÑOS
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 Promocion y Prevencion En Salud Comunitaria Incluyendo Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles	lud. Rural - Vereda el español	Stefania Gallo Castaño - Aux Farmacia	Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
ena	Florez Perez	CC	25' 173 291	S	NO	R	C	V	NA	El Español	+Marleny Florez
	Pareja Bermudez	RC	1'091 760 806	ST	S	R	C	V	NA	El Español	+Yesica Bermudez
cela	Bermudez Piedrahita	CC	1007 311 326	S	AS	R	C	V	NA	El Español	+Yesica Bermudez

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1	Estella Perez	Joaquin Florez	21-01-53	310 680 6111	32.
2	Jesica Bermudez	Cesar Pareja	12-01-21	310 550 2574	4-2
3	Licilia Piedrahita	José Bermudez	26-05-98	310 550 2574	27. an
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

AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
2025	Actividades de promoción y prevención en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles.	Salud Rural - Vereda El Espanol	Eliana María 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			
14	Florez Perez	CC	25173291	S	NE	R	C	V	NA	El Espanol	Yorleny Florez
	Olmos Lopez	TI	1091275754	S	ST	R	C	V	NA	El Espanol	Marisol Olmos L.
	Lopez Florez	CC	25166141	S	ST	R	C	V	NA	El Espanol	Doralba Lopez F.
ela	Bermudez P.	CC	1007311326	S	AS	R	C	V	NA	El Espanol	Yesica Bermudez P.
	Parra Bermudez	RC	1091280858	S	AS	R	C	V	NA	El Espanol	Alejandra Parra
	Quintero Gaviria	CC	24616600	S	ST	R	C	V	NA	El Espanol	Ludivia Quintero

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			21-01-53	3136806111	72 años
2			04-11-11	3207220349	13 años
3			14-08-72	3207220549	53 años
4			26-05-98	3105002574	27 años
5			26-01-21	3106002572	4 años
6			03-08-95	3207092595	80 años
7					
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

4.3 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:** Veredas Las Mangas **FECHA:** 28 de agosto de 2025	**PROFESIONALES** Ángelo Acevedo (Médico) María Liliana Marín (Auxiliar enfermería) Kelly Tatiana Rico (Higienista Oral) Eliana María Giraldo B. (Prof. Del Deporte)
	
	

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 prevención en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
Salud rural: Vereda Las Mangas	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			
	Valencia Vergara	CC.	52330632	S	NE	R	C	V	NA	Las Mangas	Ana Lucia Valencia Vergara.
2/10	Davila Villa	CC	1192794717	S	AS	R	C	V	NA	Las Mangas	Maria camila D.

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			08-04-1975	3226069420	jjbv@hotmail
2			15-09-2000	3156165074	24 años
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 promoción y prevención en salud comunitaria incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
Salud rural: Vereda las Mangas.	Kelly Tatiana Rico	Comunitario

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
la	Davila Villa	CC	1192794717	S	AS	R	C	V	NA	las Mangas	mana camila D.
	Valencia Vergara	CC	52330632	S	NE	R	C	V	NA	las Mangas	Ana Dura Valencia Vergara

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1			15-09-2000	3156165674	24 CTO
2			08-04-1975	3226669420	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

	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
Villada	Rosero	Maria	Estefani

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1088895330

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO
10	05	17

8 años

SEXO: F [X] M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio			
Barrio	Mangas.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono			

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO		
	DÍA	MES	AÑO
	28	08	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 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 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
Davila	Villa	Maria	Camila

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

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

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 15 (DÍA) 09 (MES) 00 (AÑO)

24 años

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL	
Depto	Rdy
Municipio	Sta Ros.
Barrio	Mangas
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 28 (DÍA) 08 (MES) 25 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA			
	Urgencias		Otro tipo de Consulta
	General		
	Especializada		

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

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

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

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA 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
Vergara	Zapata	Gladys	Gloria

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

No. IDENTIFICACIÓN: 47059966

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 14 / 09 / 61 (DÍA / MES / AÑO) — 64 años.

SEXO: F [ ] M [ ] I [ ]

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rda
Municipio	
Barrio	Mangas
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	3115478767

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 78 / 08 / 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
Aristizabal	De Miranda	Maria	Nolca

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

No. IDENTIFICACIÓN: 25158894

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 15 / 12 / 52 (DÍA / MES / AÑO) — 72 años.

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

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio			
Barrio	Mangas.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3195116294		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 26 / 08 / 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 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
Valencia	Giraldo	Luis	Enrique

TIPO IDENTIFICACIÓN	CC	CE	PA	RC	TI	ASI	MSI	UN	No. IDENTIFICACIÓN	No. CARD
	X								1008213 9	

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

FECHA NACIMIENTO		
20	6	54
DÍA	MES	AÑO

71 años

SEXO					
F		M	X	I	

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

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO		
	28	08	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 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
Cardona	Utima	Ana	Mileidy

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

No. IDENTIFICACIÓN: 1082796155

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 16 (DÍA) 04 (MES) 90 (AÑO)

35 años

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL	
Depto	Rdy
Municipio	Sta Rosa
Barrio	Mangas
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	3009027633

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 28 (DÍA) 08 (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)

	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 prevención En salud comunitaria Incluyendo Enfermedades transmisibles y No transmisibles	alud Rural - Veredas del sur	Angelo Acevedo - Liliana Marin	Comunitario

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
a	Aristizabal De Miranda	cc	25.158.894	S	ST	R	C	V	NA	Las Mangas	x Nora Aristizabal
oria	Vergara Zapata	cc	42.059.966.	S	Nep	R	C	V	NA	Las Mangas	x Maria Gloria Vergara
que	Valencia Giraldo	cc	10082139	S	ST	R	C	V	NA	Las Mangas	x Luis Enrique
ila	Davila Villa	cc	1.192.794717	S	AS	R	C	V	NA	Las Mangas	x Maria camila D.
fani	Villada Rosero	TI	1088.885330	S	AS	R	C	V	NA	Las Mangas	x Isabel Rosero
dy	Cardona Utima	cc	1088.279615	S	ST	R	C	V	NA	Las Mangas.	+ Ana M. Cardy C

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			15-DIC 1952	3195116294	72 años.
2			14-Agosto 1961	3115478767	64 años
3			20-jun-1954	3245682253	71 años
4			15-spt-2000	3156165074	24 años.
5			10-May-2017	3206031273	8 años
6			16-abril-1990	3009027633	35 años.
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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

2025 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD COMUNITARIA INCLUYENDO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
ad Rural – Veredas Del sur	Stefanía Gallo Castaño - aux farmacia	Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	Arrastrabal	CC	25'158.894	S	ST	R	C	U	NA	Veredas Del Sur.	Nora Arrastrabal
10.	Vergara Zapata	CC	42'059.966	S	NE	R	C	U	NA	Veredas Del Sur.	Gladys Vergara
10	Dalila Villa	CC	1'192.794.717	S	AS	R	C	U	NA	Vereda Del Sur.	Dalila Villa

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBS
1	JOSEFINA ARISTIZABAL	MIGUEL ARISTIZABAL	15-12-52	3195116194	72- Jn
2	LIGIA ZAPATA	ROBERTO BERGARA	14-08-61	311547 8767	64- Jn
3	AMPARO VILLA	LUCIANO ARENAS	15.09.2000	3156165074	24- Jn
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					