	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
Marin	De Aguirre	Maira	Nora

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

No. IDENTIFICACIÓN: 29621647

No. CARD:

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

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

FECHA NACIMIENTO: 11 (DÍA) 05 (MES) 54 (AÑO) — 71 años

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

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rda
Municipio	Sta Rosa
Barrio	Mangas.
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	3043592305

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 (DÍA) 09 (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		

DIAGNÓSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	Z00 K590 5016748					
1						
2						
3						

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

talla: 1,40.
Peso: 60.
spo: 95.
FC: 85.
TA: 130/70.

MC = Ahora cuenta del abuso

Ap = colon Hipertenso, HTA, Migrañas, fibromialgia

CC = 5 días dolor abdominal, estreñimiento, gases.
no fiebre, Dolor en ingle izq. Sin descarte clínico

Punción pancho fue cronico.

5ª fondo Biopsiado Hiperem, Hemorroides + sangrado
Hiperem.

SSI// coprológico.
Lo firmé.

	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	Vergara	Ana	Lucia

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

No. IDENTIFICACIÓN: 52330637

No. CARD:

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

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

FECHA NACIMIENTO: DÍA 08 | MES 04 | AÑO 75

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

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Bda
Municipio	
Barrio	Mangas.
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	3226069420.

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: DÍA 25 | MES 09 | 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	Z000.	5010747				
1						
2						
3						

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

talla: 1,48
Peso: 83.3.
SpO: 97
FC: 103.
TA: 120/90.

MC = Rgste de ls

AP = ~~Reforma~~ Hipertiroidismo, Gastritis

EC → Cefalea + vómitos / Urgencias.

CC → Refiere cansancio.

EA Refiere → Atenolol - Gel tópico, omeprazol

Metronidazol → Urgencias



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
Diaz	Duque.	Gilma	

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

No. IDENTIFICACIÓN: 42076084

No. CARD:

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

48

FECHA NACIMIENTO: 25 / 11 / 65 (DÍA / MES / AÑO)

59 años

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda.		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	Mangas.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3006827056		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 / 09 / 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	Z000.	5010745			
1					
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Idade: 1,49.
Peso: 75.8.
SpO: 96.
FC: 119.
TA: 110/70

MC = tempo em problema cardíaco

AP = nada Relevante.

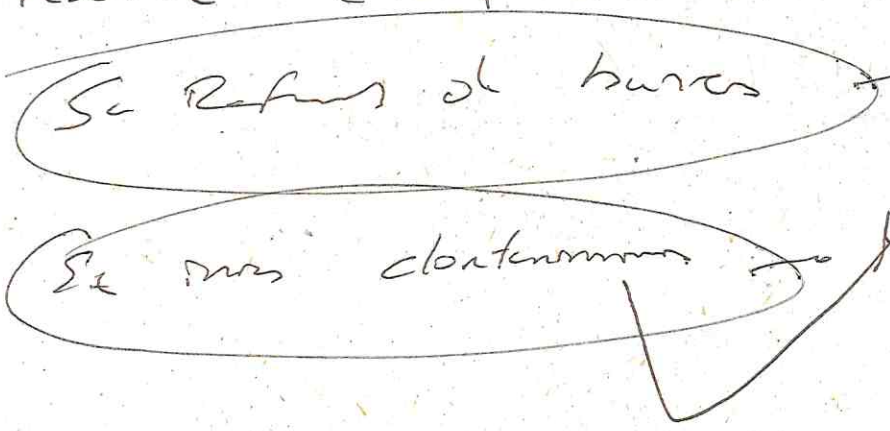
CC = Dor em MMII em ↑ bipedestação com ceder caminhar e Antes pras tentativas

SSVV Ritmo Cardíaco / Eco doppler venoso

5c. inicio diarreia + hiporexia

5c para dihidrocodeina → tos. Mismo

talla: 1.49. MC = Medicamentos
SPO: 98
FC: 75. AP = HTA, Hipotiroidismo.
TA: 140/60.
PESO: 52 CC = prurito Generalizado intenso



	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
Granada	Ramirez	Maria	Lucila

TIPO IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN	No. CARD
CC (X) CE PA RC TI ASI MSI UN	25168156	

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

FECHA NACIMIENTO		
06	11	34
DÍA	MES	AÑO

90

SEXO					
F	X	M		I	

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

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO		
	75	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	7104				
1	5010754				
2					
3					

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

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

talla: 1.40
peso: 50.6.
SPO: 94
FC: 80.
TA: 130/90.

MC = 5 días tos seca

Ap = HTA, DM II no IR, Asmática

Cc → 4 días tos seca

5 días de base → mejoría

Amlodipino
Losartán
Empagliflozina
Losartán
Actos

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Registro Individual a 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
Herrera	Leiva	Ana	Graciela

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

No. IDENTIFICACIÓN: 24296907

No. CARD:

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

FECHA NACIMIENTO: 17 (DÍA) 01 (MES) 47 (AÑO) — 78 años

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL	
Depto	Rda.
Municipio	sta Rosa
Barrio	Las Mangas
Zona	Urbana / Rural
Teléfono	3275583798

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 25 (DÍA) 09 (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	F10.1 5010756 ✓				
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	Código:	FOR-0063-003
CONTRATO No. 306-2025	Versión:	2

2025 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	Actividades de promocion y prevencion en salud comunitaria Incluyendo enfermedades Transmisibles y no Trasmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
Salud Rural - Veredas del Sur.	Dr. Angelo Acevedo - Aux Lviana M.	Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	Herrera Leiva	cc	24.296.907	S	AS	R	C	V	NA	Mangas	
	Aristizabal De Miranda	cc	25158.894	S	ST	R	C	V	NA	Mangas	x Nora Aristizabal
	Granada Ramirez	cc	25.168.156.	S	AS	R	C	V	NA	Mangas	x Lucila Ramirez
	Diaz Duque	cc	42.076.084	S	AS	R	C	V	NA	Mangas	Nelma Diaz
anza	Tabares Gil	cc	31.400965.	S	AS	R	C	V	NA	Mangas	Esperanza Tabares Gil
	Main De Aguirre.	cc	79.621.647	S	NEP	R	C	V	NA	Mangas	x Maria Maria S
	Valencia Vergara	cc	52.330.632	S	NEP	R	C	V	NA	Mangas.	x Ana Lucia Valencia
la	Davila Villa	cc	1.192.794.717	S.	AS	R	C	V	NA	Mangas	Maria camila D.

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			17-Enero-1947	3275583798	78 años
2			15 DIC-1952	3195116294	72 años
3			06-11-1934	—11—	90 años.
4			25-11-1965		59 años.
5			26-04-1960	3137579176.	65 años
6			11-05-1954	3043592305	71 años.
7			08-Abr. 1975.	3226069420.	50 años.
8			15-09-2000	3156165079	25 años.
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

	PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL CONTRATO No. 366 2025.	Código:	FOR-0063-003
		Versión:	2

2S 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 del Sur -	Kelly tatiana Rico M.	Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
ela	Herrera leiva	CC	24296907.	S	AS	R	C	V	NA	las Mangas	x Graciela
s	Toro Montoya	CC	24.396.729.	C	Famisanar	R	C	V	NA	las Mangas	x Gloria Inés
ITIas.	luna Ortiz.	RC	1232805511	S	Coosalud	R	C	V	NA	las Mangas	yaziel Matias.

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV
1			07-01-47.	3168681874	78.
2			31-12-76.	3102249439	48
3	Maranyeli Ortiz.	Fabian Luna.	15-07-18	3180486428	7 años.
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	Código:	FOR-0063-003
CONTRATO No. 306 2025.	Versión:	2

2025	ESTRATEGIA O PROGRAMA	Actividades de promoción y prevención en salud comunitario incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
Salud Rural – Vereda Las Mangas	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			
	Herrera Leiva	CC	24.296.907	S	AS	R	C	V	NA	Mangas	
	Aristizabal De Miranda	CC	25.158.894	S	ST	R	C	V	NA	Mangas	Nora Aristizabal
la	Granada Ramirez	CC	25.168.156	S	AS	R	C	V	NA	Mangas	Luciola Ramirez
	Diaz Duque	CC	42.076.084	S	AS	R	C	V	NA	Mangas	Gima Diaz
nta	Tabares Gil	CC	31.400965	S	AS	R	C	V	NA	Mangas	Maria Estella Tabares Gil
	Marin De Aguirre	CC	29.621647	S	NEP	R	C	U	NA	Mangas	Maria Nava Marin
	Valencia Vergara	CC	52.330.632	S	NEP	R	C	U	NA	Mangas	Luz Dalia Valencia V
ila	Davila Villa	CC	1192.794717	S	AS	R	C	U	NA	Mangas	Yovana Davila D.

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÀ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERV.
1			17 En - 1947	3168681874 3275583798	78 años.
2			16-Dic-1952	3195116294	72 años.
3			06-11-1934	—11—	90 años.
4			25-11-1965.		59 años
5			26-04-1960	3137579176	65 años
6			11-05-1954	3043592305	71 años
7			08-04-1975	3226069420	50 años.
8			15-09-2000	3156165079	25 años
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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

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

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
alud La Mangas.	Yuliana VF- 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			
ela	Herrera Leiva	CC	24296907	S	AS	R	C	V	NA	Las Mangas	
	Aristizabal	CC	25158894	S	SI	R	C	V	NA	Las Mangas	Nora Aristizabal
la	Granada Ramirez	CC	25168156	S	AS	R	C	V	NA	Las Mangas	Mª Jameth Gonzalez
n20	Tobares Gil	CC	31400965	S	AS	R	C	V	NA	Las Mangas	Maria Soledad Zapata Tobares
a	Marin de Aguirre	CC	29621647	S	NE	R	C	V	NA	Las Mangas	
	Valencia Vergara	CC	52330632	S	NE	R	C	V	NA	Las Mangas	Andrea Valencia

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVA
1			17-01-1947	3166681874	78 AÑOS
2			15-12-1952	3195116294	72 AÑOS
3			06-11-1934	3146260993	90 AÑO
4			26-01-1960	3137571176	65 AÑ
5			11-05-1954	3043592305	71 AÑ
6			08-04-1975	3226069420	50 AÑO
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					