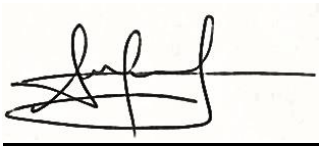
SEGURA HERMANOS E.A.T
NIT 805028058-9
CONSTRUCTORES

FACTORES DE DESEMPATE- PERSONA CON DISCAPACIDAD

El(la), suscrito(a) Ubencio Segura Castillo, identificado con la C.C. 12`916794 de Tumaco, actuando como representante legal de SEGURA HERMANOS E.A.T, con el fin de preferir en la evaluación del proceso de selección abreviada No. **4143.010.32.1425-2022**, por criterios de desempate y acreditación, me permito indicar que ejecutare el contrato, con los siguientes criterios adicionales:

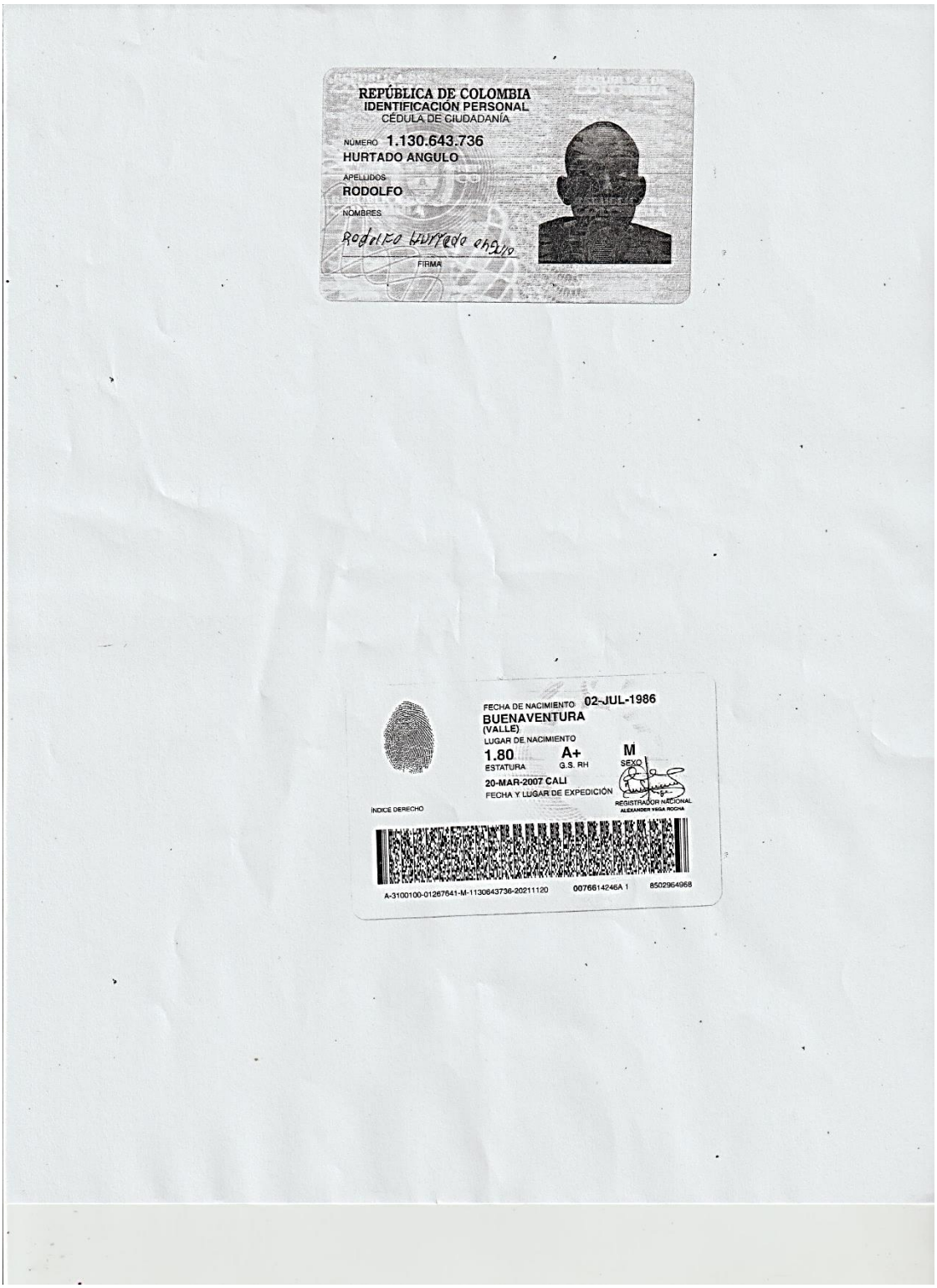
Estructurar un equipo de trabajo incluyente
Si incluye en el equipo de trabajo a mínimo una (01) persona con discapacidad

Lo anterior de conformidad con lo establecido con el articulo 24 la Ley 361 DE 1997.



Firma del representante legal:
Nombre o Razón Social del Proponente: SEGURA HERMANOS E.A.T
Nombre del representante legal: UBENCIO SEGURA CASTILLO
N.I.T: 805028058-9
C.C: *12`916794*

DOCUMENTACION DISCAPACITADO



SEGURA HERMANOS E.A.T
NIT 805028058-9
CONSTRUCTORES

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
RED DE SALUD DEL ORIENTE - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
EVOLUCION EN CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACION: H.C.

1er. APELLIDO: Urrutia | 2do. APELLIDO: | 1er. NOMBRE: Adolfo | 2do. NOMBRE:

INSTITUCION (IPS): E.S. MARROQUIN | HOJA No.

FECHA	SIRVASE FIRMAR LEGIBLEMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
	Se Realiza Consulta Tipo Orientacion Sexualidad y Discapacidad
	Dr. RICARDO VANEGAS S. MEDICO ESE ORIENTE T.P. Nº. 1658/90 Minsalud C.C. 16.450.645 Yumbo
Mayo 2 2008	Funoterapia Paciente que termina protocolo de lesion mayor. Realiza un total de 42ss de tto. Actualmente no escamas; no se realiza cateterismo; no contracturas ~~dolorosas~~ Presenta relativo independencia en ABC y AUD. Refiere requerir ayuda en la eliminacion fecal para alivio. No trajo bloqueadores ni aparato largo. Se habla con el pte para dejar de fumar dichos aparatos solicite revaloracion para tto. Debe continuar controles x fisiatria. Queda en el grupo de apoyo que inicio hoy. Firmado
18 JUN 2008	No Asistio
	Dr. RICARDO VANEGAS S. MEDICO - ESE ORIENTE T.P. No. 1658/90 Minsalud C.C. 16.450.645 Yumbo Cod. 1500
Julio/04/08	Usuario q' se da de alta el dia de hoy, asistió a todos los talleres del grupo de apoyo, recibio orientaciones individuales y se observa muy propositivo con objetivos, logros y deseos de superarse. Lcda. Jenny Johanna Bonilla V. PSICOLOGA

Impreso por Lito Impresores J.M. Tel. 884-1730

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 8050[illegible]2111-1

El suscrito Secretario de la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA

CERTIFICA

Que la sala de la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA en declaración del día **23/09/2008** procedió a calificar a **RODOLFO HURTADO ANGULO** identificado con **CC** No. **1130643736** establecidos los fundamentos de hecho y de derecho , así como los criterios d e evaluación, de acuerdo al Manual Unico de Calificación de Invalidez (Decreto 917 de Mayo de 1999), determinó que la pérdida de capacidad laboral es así:

DIAGNOSTICO:

1. PARAPLEJIA SECUNDARIA A LESION MEDULAR.

CONCEPTO	%
DEFICIENCIA	50.00
DISCAPACIDAD	10.00
MINUSVALIA	20.00
TOTAL P.C.L.	**80.00**

RESPONSABLES DE LA CALIFICACION:

CARLOS ALBERTO CARDONA SUAREZ - Médico

LUIS E. BLANDON PALOMINO - Médico

RAFAEL GARCIA HENAO - Psicólogo

ENRIQUETA ORTIZ QUIÑONES - Secretaria Principal

VALIDO UNICAMENTE PARA INSCRIPCION Y TRAMITE DE LOS BENEFICIOS ESTABLECIDOS POR EL DECRETO 1355 DE ABRIL 25 DE 2008.

Contra el presente certificado no procede ningún recurso.

Huella

RECIBÍ:
NOMBRE: Rodolfo Hurtado
CC Nro. 1130 643 736

FECHA	Sírvase firmar legiblemente todas las anotaciones que escriba
4/4/08	Paciente a quien se orienta y remite para diligenciar posible subsidio por discapacidad ante la Junta Regional de Calificación y el Subsidio Prosperar: Se espera respuesta positiva.
	Con Hx Edad: 21 años,
	Diagnostico, Pruebas: - Escala de TRM VAS: 7/10 Terapeuta
	Paciente refiere dolor en cadera izq área Glútea No claro por presión Refiere cuadril le empieza, No decalifica Entumecimiento
	Examen físico gluteo silla de ruedas, Inadecuada Nivel sensitivo T1 Frecuencia M-I-S
	Dx) Hx fract Pelvis Cerrada Sitio Exter Con Desplazamiento Exp Rotul Px Limite de abdomen Ejercicio activos Cadera

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
RED DE SALUD DEL ORIENTE - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
EVOLUCION EN CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACION: _____ H.C. _____
1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO | 1er. NOMBRE | 2do. NOMBRE
INSTITUCION (IPS) C.S. MARR... HOJA No. _____

FECHA	SIRVASE FIRMAR LEGIBLEMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
Ex2 oct 2018	Causa de Consulta: Trae exámenes Ginecológico FUR: 26-IX-18 Gravidez (-) Hb: 13,0 Cito: 5900 B/gg: 261 Creat: 1,1 Pólipo: Normal Ecografía Pélvica 24-IX-18 Quiste para pélvico de 2/mm polo sup ovario derecho RX de Pelvis 24-IX-18 expulsivo dinámico Nos Celadas a RX Abdomen Refiere atendido con Ord. X ginecólogo vertical Cx) Remisión a Ginecología x grupo para pélvico
20-10-18	El día de hoy paciente [illegible] copia de Calificación de Discapacidad realizado en la Junta Regional ... ya diligenciada y firmada a conformidad persona. En copia de soporte para Pacientes en situación de Discapacidad Remisiones efectivas y T. Social AGG.

110U2045

Impreso por Lito Impresores J.M Tel. 299 1730

FECHA	Sírvase firmar legiblemente todas las anotaciones que escriba
Abril 02/08	Fmoterapia. Asiste a T. Física. Igual manejo. Sin cambios. Pendiente bloqueadores. Efrumyl
Abril 00/08	Asiste a T. Física. Igual manejo No presenta cambios. Efrumyl
Abril 14/08	Fisioterapia: Paciente quien asiste a terapia física, se continua con plan de tratamiento, no presenta cambios sig. nativos. Todo es bien tolerado. Carolina Perez Porras, Fisioterapeuta, Fundación Universitaria MARIA CANO, Registro. 78-1628
Abril 21/08	Asiste a terapia. Igual manejo No presenta cambios. Efrumyl.
17 ABR 2008	Se conoce en el servicio paciente EPOC y Rx y paraclínicos donde se evidencia leve aumento en silueta cardiaca y elevación de hemidiafragma con ocupación parcial de base izquierda con Rx control 7/4 — 8/4 Rx y paraclínicos Ex No hallazgo nuevos en cuadro, en regular estado. Paciente para dimitir. Dr. Ricardo Mauricio Segura, Médico Especialista, Tarjeta Profesional
Abril 23.08	Asiste a terapia física. Sin cambios, igual manejo. Efrumyl
Abril 2808.	Fmoterapia. Realiza adecuadamente y con buena tolerancia los ejercicios. No presenta cambios. Efrumyl.

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
RED DE SALUD DEL ORIENTE - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
EVOLUCION EN CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACION: H.C. 1130643736

Huitado. (1er. APELLIDO) Angulo. (2do. APELLIDO) Rodolfo (1er. NOMBRE) (2do. NOMBRE)

INSTITUCION (IPS) C-S Marroquin Lenguita HOJA No.

FECHA	SIRVASE FIRMAR LEGIBLEMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
Marzo 31/08	Fisioterapia: Asiste a T.F. No presenta cambios. Se continua igual manejo. EVMMM
	FISIATRIA
	Ejer. 20 cus,
	Pte con proceso de TRM + pesado día, refiere malestar gral + debilidad no fiebre. No escalofrios Deposicion Cada 5-6 días Refiere fenomeno urinario Duerme mente en MMSS Ef pte en silla de ruedas, Colaborador
	Rx: Normal
	EKG: Normal Nivel T.I. pesado
	Cx: Hemo Pto Gral x Gen Monitoriz epicutaneo x enfermeria Acetaminofen 500 - 1/0h Amitriptilina 12,5 h/d.
Abril 02/08	Fisioterapia Paciente que asiste a tto. se trabaja fortalecimiento de MMSS a tronco, conservacion de AVAs. Pendiente concesion de bloqueadores. Se comenta orden medica, de monitoreo esfinteres x enfermeria. EVMMM.

DR. RICARDO VANEGAS
MEDICO - ESPECIALISTA
T.P. [illegible] C.C. [illegible]

Impresa por Lito Impresores J.M. Tel.: 699 1730

6

Viene de Pág. 4 de Formato de Evaluación y Seguimiento para lesionados Mayores

8.

Cuidados Básicos	Independiente	Semidependiente	Dependiente
Cuidados de piel	3.3	2.5	1.0
Eliminación de orina	3.3	2.5	1.0
Eliminación fecal	3.3	2.5	1.0
Total			

9.

Espacios sociales	Independiente	Semidependiente/ uso aditamentos	Dependiente
Trasladarse en espacios sociales (parques, centros de recreación etc.)	3.3	2.5	1.0
Vencer obstáculos arquitectónicos	3.3	2.5	1.0
Usar espacios de facilidad para desplazarse	3.3	2.5	1.0
Total			

10. Desplazamiento y locomoción

Medio de desplazamiento	Independiente	Semidependiente	Dependiente
En silla de ruedas	3.3	2.5	1.0
En caminador	3.3	2.5	1.0
En muletas	3.3	2.5	1.0
Total			

NO APLICA

Porcentaje total

Observaciones:

Resultados:

Firma Fisioterapeuta

Nombre Fisioterapeuta

Viene de Pág. 5 de Formato de Evaluación y Seguimiento para lesionados Mayores

INSTRUCTIVO PARA APLICACIÓN DE FORMATO DE EVALUACION
PARA LESIONADOS MAYORES Y/O MENORES

Este instrumento se aplicará al momento de ingreso de pacientes, a mitad de tratamiento, y al momento del Alta, si el tratamiento excede los tiempos del protocolo se aplicará otra valoración de evolución durante el tratamiento.

Es importante registrar el diagnóstico y el tipo de lesión (mayor o menor), en las observaciones en caso que la lesión sea mayor, si existe posibilidad quirúrgica de reducir la lesión o si son necesarias algunas adaptaciones en pro de la funcionalidad.

1. La evaluación del ítem (1). Se hará con la escala de medición del dolor 5/5, donde 1 es ausencia del dolor y 5 máximo de dolor. La inflamación se medirá como Leve (L), Moderada (M) o Severa (S).
   Si la medición del dolor da como resultado 1 en cada tipo de dolor se obtendrá 15% de calificación (5% por cada uno)
   Para la inflamación se dará 10% de calificación si no es detectada, en caso contrario se disminuirá la calificación en un 3.3% por cada nivel de gravedad: Leve dará 6.6%, Moderada 3.3% y Severa 0%.

2. La evaluación del ítem (2). Se hará dividiendo el AMA articular en porcentajes iguales. Se dará calificación del 25% si las articulaciones y sus AMAs afectados o comprometidos en la lesión alcanzan valoraciones entre 75-100%. En caso contrario se calificará así: 15% si los AMAs se encuentran entre 50-75%, 10% si los AMAs se encuentran entre 25-50%, o 0% si los AMAs se encuentran entre 0-25%.

3. La evaluación del ítem (3). Se hará con respuesta única SI – NO. Se dará calificación de 25% si al valorarla da como resultado nivel 4, 15% si da nivel 3, 10% si da nivel 2, 0% si da nivel 1.

4. La evaluación del ítem (4). Se hará agrupando los músculos que intervienen en un componente de movimiento (Ej.: Flexores de Rodilla) y registra en la casilla correspondiente a su fuerza, se calificará así: 25% para fuerza nivel 5, 20% para nivel 4, 10% para nivel 3, 0% para los niveles 1 y 2.

Las capacidades desarrolladas por el paciente están definidas por cada ítem evaluado en el formato lo cual en un estado óptimo facilita al paciente la movilidad normal.

A continuación la siguiente tabla muestra el logro de capacidades que el paciente alcanza durante el tratamiento.

PUNTAJE	CUALIFICACION
100-80%	Optima
79-40%	Adaptable
39-0%	Inadecuada

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de solicitud 0 0 0 0 4 3 9 8 2 Fecha: 2013-Ago-08 Hora: 09:11

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre RED DE SALUD DEL CENTRO - ESE NIT [X] 805.027.261-3 CC [ ] Número DV
Código 760010395801 Dirección prestador CARRERA 12 E NO 50 - 18 VILLACOLOMBIA
Teléfono 4411914 Departamento VALLE DEL CAUCA [76] Municipio Santiago de Cali [001]

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)

Nombre SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE CALI Código 76001

DATOS DEL USUARIO

1er apellido HURTADO 2do apellido ANGULO 1er nombre RODOLFO 2do nombre (No tiene)

Tipo de documento de identificación
[ ] Registro civil [ ] Pasaporte
[ ] Tarjeta de identidad [ ] Adulto sin identificación
[X] Cédula de ciudadanía [ ] Menor sin identificación
[ ] Cédula de extranjería [ ] Número único de identificación

Número de documento de identificación 1130643736
Fecha de nacimiento 1986-Jul-02

Dirección de residencia habitual C 32 15 63 Teléfono 4451409
Departamento VALLE DEL CAUCA [76] Municipio Santiago de Cali [001]

Cobertura en salud
[ ] Régimen contributivo [ ] Régimen subsidiado - parcial [ ] Población pobre no asegurada sin SISBEN [ ] Plan adicional de salud
[ ] Régimen subsidiado - total [X] Población pobre no asegurada con SISBEN [ ] Desplazado [ ] Otro

INFORME DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención
[X] Enfermedad general [ ] Accidente de trabajo [ ] Evento catastrófico
[ ] Enfermedad profesional [ ] Accidente de tránsito

Tipo de servicios solicitados
[ ] Posterior a la atención inicial de urgencias
[X] Servicios electivos

Prioridad de la atención
[ ] Prioritaria
[X] No prioritaria

Ubicación del paciente al momento de solicitar la autorización
[X] Consulta externa [ ] Hospitalizacion Servicio MEDICINA ALTERNATIVA Cama
[ ] Urgencias

CUPS	Cantidad	Descripción
903809	1	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
903867	1	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMI
903866	1	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRA

21600

Justificación clínica FIEBRE, ESCALFRIO, ORINAS COLURICAS, TINTE ICTERICO, DOLOR ABDOMINAL.

Impresión diagnóstica	CIE-10	Descripción
Diagnóstico principal	R500	FIEBRE CON ESCALOFRIO
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre NORVEI GARZON Teléfono 4411914
Cargo Medicina Alternativa

[illegible] de agosto de 2013, 09:13:13 a.m. R-FAST 8.5e [illegible]

SEGURA HERMANOS E.A.T
NIT 805028058-9
CONSTRUCTORES

CARTA DE COMPROMISO

PERSONA CON DISCAPACIDAD

Yo, Rodolfo Hurtado Angulo identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1.130.643.736 Buenaventura valle, mediante el presente documento manifiesto mi voluntad y compromiso de hacer parte del equipo de personal de personas con discapacidad de factor requerido criterio de desempate del pliego de condiciones del *proceso de Selección ABREVIADA DE MENOR Cuantía* ***4*****143.010.32.1425-2022***,* en la propuesta que para tal efecto presentará SEGURA HERMANOS E.A.T.

Dada en Santiago de Cali, a los 3 días del mes de noviembre de 2022.

Atentamente,

Rodolfo hurtado angulo

Rodolfo Hurtado Angulo
C.C 1.130.643.736 de buenaventura
Discapacitado

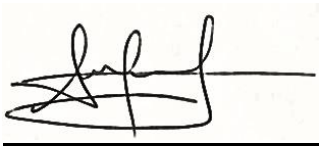
SEGURA HERMANOS E.A.T
NIT 805028058-9
CONSTRUCTORES

FACTORES DE DESEMPATE- MUJERES CABEZA DE HOGAR

El(la), suscrito(a) Ubencio Segura Castillo, identificado con la C.C. 12`916794 de Tumaco, actuando como representante legal de SEGURA HERMANOS E.A.T, con el fin de preferir en la evaluación del proceso de selección abreviada No. **4143.010.32.1425-2022**, por criterios de desempate y acreditación, me permito indicar que ejecutare el contrato, con los siguientes criterios adicionales:

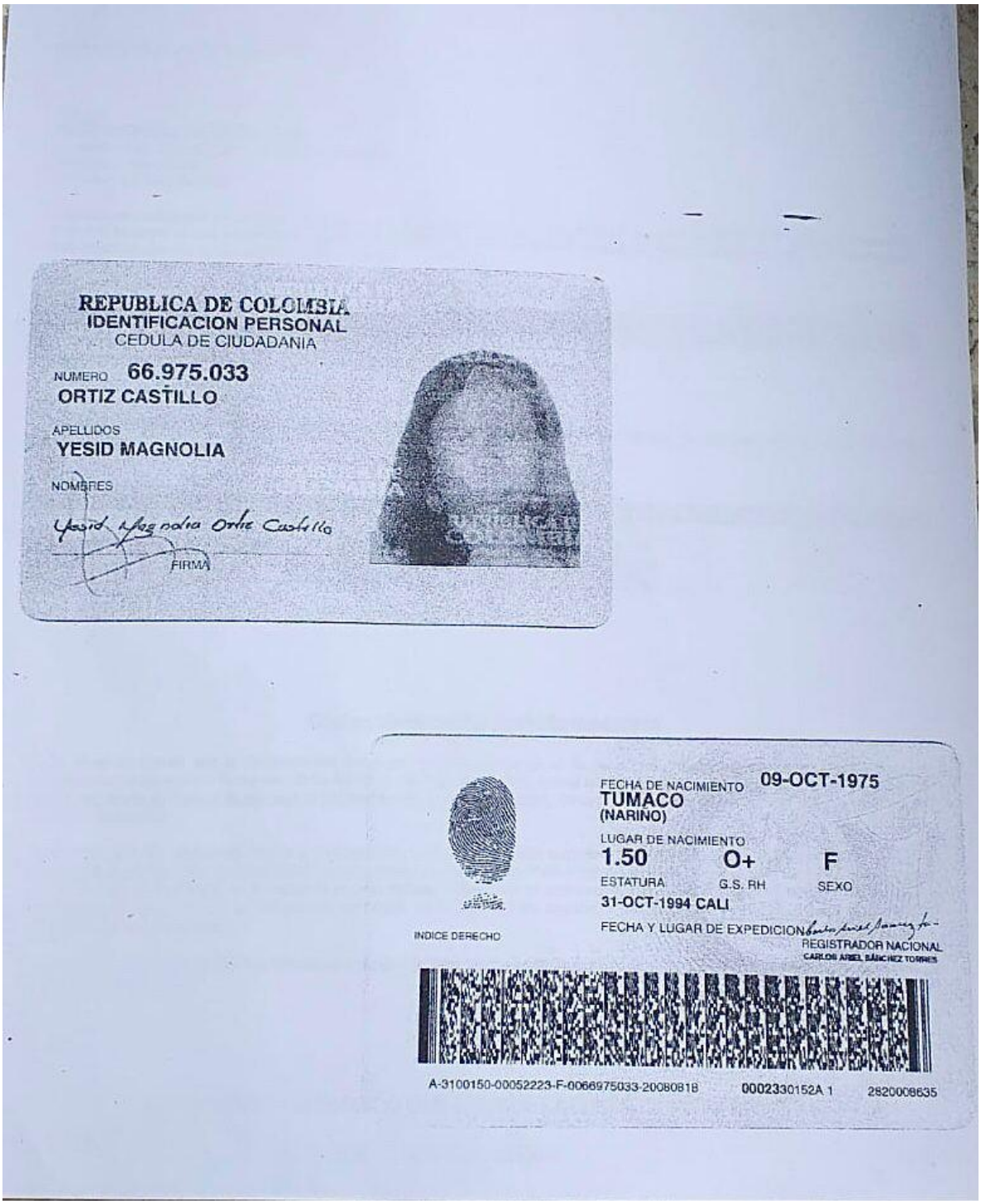
Estructurar un equipo de trabajo incluyente
Si incluye en el equipo de trabajo a mínimo una (01) Mujer cabeza de hogar

Lo anterior de conformidad con lo establecido en la Ley 1232 DE 2008, “por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones”.



Firma del representante legal:
Nombre o Razón Social del Proponente: SEGURA HERMANOS E.A.T
Nombre del representante legal: UBENCIO SEGURA CASTILLO
N.I.T: 805028058-9
C.C: *12`916794*

DOCUMENTACION MUJER CABEZA DE HOGAR



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Bogotá, Viernes 1 de Diciembre de 2017

Señor(a)
YESID MAGNOLIA ORTIZ CASTILLO
Dirección: CRA . 47 B No. 56 I - 88 B/ LLANO VERDE
Teléfono: 3158485233
CALI, VALLE DEL CAUCA

Consultando el Registro Único de Víctimas (RUV) el día Viernes 1 de Diciembre de 2017, nos permitimos informar el estado y hecho(s) victimizante(s) por el cual se encuentra registrado(a) **YESID MAGNOLIA ORTIZ CASTILLO** identificado(a) con cédula de ciudadanía **66975033**, en calidad de declarante y/o jefe de hogar:

DECLARACION/ RADICADO	ID	ESTADO VALORACION	HECHO(S) VICTIMIZANTES(S)	FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE	DEPARTAMENTO DE HECHO VICTIMIZANTE	MUNICIPIO HECHO VICTIMIZANTE
487832	487832 (SIPOD)	Incluido	Desplazamiento Forzado	15/07/2006	NARIÑO	TANGUA

Que dentro de la declaración rendida **487832** y el hecho victimizante **Desplazamiento Forzado**, se evidencia la relación del siguiente núcleo familiar:

NOMBRES Y APELLIDOS	RELACION CON DECLARANTE	DOCUMENTO	ESTADO VALORACION	FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE
YESID MAGNOLIA ORTIZ CASTILLO	Jefe(a) de hogar (Declarante)	66975033	Incluido	7/15/2006
SAMUEL ALEXANDER ORTIZ CASTILLO	Hijo(a)/Hijastro(a)	1111668718	Incluido	7/15/2006
SARY JULIANA CAICEDO ORTIZ	Hijo(a)/Hijastro(a)	1005867687	Incluido	7/15/2006
JOSE MANUEL ORTIZ CASTILLO	Hijo(a)/Hijastro(a)	1007854731	Incluido	7/15/2006

Código Verificación: 2017120109450212

Debe tener en cuenta que la conformación del grupo familiar inscrito en el Registro Único de Víctimas está determinado por la información que de manera libre y voluntaria realizó la persona que declaró ante el Ministerio Público. De esta manera, el grupo familiar queda registrado tal y como lo expresó el (la) declarante, quien lo conformó, basado en los factores de tiempo, modo y lugar de los hechos victimizantes.

De conformidad con el Artículo 15 de la Constitución, toda la información suministrada por la Víctima y aquella relacionada con la solicitud de Registro es de carácter RESERVADO, citado en el parágrafo 1º del Artículo 156 de la Ley 1448 de 2011; de igual manera el artículo 31 del decreto 4800 en su numeral noveno señala: "Garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información y abstenerse de hacer uso de la información contenida en la solicitud de registro o del proceso de diligenciamiento para obtener provecho para sí o para terceros".

Conforme a lo anterior y dadas las facultades legales descritas no se emitirán copias de este documento a ninguna otra entidad, ni persona natural o jurídica.

LOS TRÁMITES Y SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

SON GRATUITOS Y
NO REQUIEREN DE INTERMEDIARIOS

GLADYS CELEIDE PRADA PARDO
Directora de Registro y Gestión de la Información
Unidad para las Víctimas

Codigo Verificacion: 2017120109450212 Usuario: 67648 Fecha: 01/12/2017 09:45 Pag: 2 de

SEGURA HERMANOS E.A.T
NIT 805028058-9
CONSTRUCTORES

CARTA DE COMPROMISO MUJER CABEZA DE HOGAR

Yo, Yesid Magnolia Ortiz Castillo identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 66.975.033 expedida en Cali valle, mediante el presente documento manifiesto mi voluntad y compromiso de hacer parte del equipo de personal de mujeres cabeza de hogar de factor requerido criterio de desempate del pliego de condiciones del *proceso de Selección ABREVIADA DE MENOR Cuantía* ***4*143.010.32.1425-2022***,* en la propuesta que para tal efecto presentará SEGURA HERMANOS E.A.T.

Dada en Santiago de Cali, a los 3 días del mes de noviembre de 2022.

Atentamente,



Yesid Magnolia Ortiz Castillo
C.C 66.975.033 de Cali
Madre cabeza de hogar