REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.123.310.664**
MONCAYO VILLOTA

APELLIDOS
ALEXIS DAVID

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-2013**
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

25-ENE-2031 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

03-FEB-2020 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6400200-01131416-M-1123310664-20200210 0070011456A 1 8185851855

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ALEXIS	DAVID	MONCAYO	VILLOTA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
PUTUMAYO	PUERTO ASÍS

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad: 1123310664

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	7	16

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

846000253

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	37.50
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	86.11
Participación	82.14

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b5253.4 b6202.4 b770.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.358 s120.458 s770.473

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.4 d4602.4 d598.4

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MARCELA NARVAEZ VALENCIA	Medicina	CC-1123204637
YADDY LIZETH ACOSTA DAVID	Enfermería	CC-69022881
FREYDE NASARIO ROSERO CEBALLOS	Psicología	CC-87491251

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS

No. 20

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Frijol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Jhon Jawin Sotelo Cordoba **Cedula de ciudadanía** 1123200802

Dirección: Corregimiento Santana **Contacto:** 3172037170

Firma de quien recibe Nelly Cordoba **Cedula de ciudadanía** 69026618

Parentesco: Mama

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.123.200.802

SOTELO CORDOBA

APELLIDOS

JHON JAWIN

NOMBRES



JHON SOTELO

FIRMA

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA
Codigo de habilitacion 865680020201 nit: 900021788-1
Dir. CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel. 098 4228686 3138251619.
HISTORIA CLINICA MEDICINA INTERNA. (MEDICINA INTERNA)

Folio No: 1112758

PACIENTE: SOTELO CORDOBA JHON JAWIN
IDENTIFICACION: CC1123200802
No HISTORIA: 1123200802
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S.
REGIMEN: Subsidiado

E.CIVIL: Otro
EDAD: 38 Años 8 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 28/10/1985

Admision No: 560715
FECHA ATENCION: 04/07/2024 03:37 p. m.

TELEFONO: 3102373934
MUNICIPIO: PUERTO ASIS PUT
DIRECCION: SANTA ANA

G408-OTRAS EPILEPSIAS

PIEL Y FANERAS:. . . NIEGA
ARTICULAR: . . . . . NIEGA
CARDIOVASCULAR:. . . NIEGA
GASTRO - INTESTINAL: NIEGA
GINECOLOGICO:. . . . NIEGA
UROLOGICO: . . . . . NIEGA
OTROS: . . . . . NIEGA

SIGNOS VITALES

TENSION ART: . . . .120/80 mmHg
PRESION ART. MEDIA:.93
PESO:. . . . . .70 Klg.
TALLA: . . . . . .167 cm.
IMC: 25.1

EXAMEN FISICO

BUEN ASPECTO GENERAL
SINTOMATICO DE PIEL:. . . . No
SINTOMATICO RESPIRATORIO: . No
SINDROME FEBRIL:. . . . . No
SINTOMATICO NERV. PERIF:. . NO
CABEZA: . . . . . NORMOCONFIGURADO, SIN PUNTOS DOLOROSOS
OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS- .-AV OD 20/20 OI 20/20
OIDOS:. . . . . SIN ALTERACIONES
NARIZ:. . . . . SIN ALTERACIONES
BOCA: . . . . . MUCOSA ORAL ROSADA Y HUMEDA
OTORRINOLARINGOLOGIA: . . . sin alteracion
CUELLO: . . . . . MOVIL, SIN MASAS, SIN PUNTOS DOLOROSOS
TORAX: . . . . . SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO SIN DEFORMIDADES, SIN PUNTOS DOLOROSOS.-
PULMONAR: . . . . . PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN RUIDOS PATOLOGICOS AGREGADOS, SIN AREAS DE HIPOVENTILACION
CARDIOVASCULAR: . . . . . RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN RUIDOS PATOLOGICOS
ABDOMEN:. . . . . BLANDO, DEPRESIBLE, CON PERISTALSIS NORMAL, SIN VISCEROMEGALIAS PUÑO PERCUSION LUMBAR
NO DOLOROSA, NO BLUMBERG, MURPHY NEGATIVO, MC BURNEY NEGATIVO
EXTREMIDADES: . . . . . SIMETRICAS, SIN DEFORMIDADES, SIN DEFICIT DE PULSO , SIN DEFICIT NEUROLOGICO DISTAL
COLUMNA:. . . . . SIN DEFORMIDADES
PERIMETRO ABDOMINAL:. . . . 92
TACTO RECTAL (Hombres): . . SE OMITE, NO PERMITE
EXAMEN GENITAL EN MUJERES:. SE OMITE, NO PERMITE.-
ESFERA MENTAL:. . . . . NORMAL, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA
SISTEMA LINFATICO VENOSO. . normal
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL . normal
SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: no alteraciones
PIE DIABETICO . . . . . NO
GENITOURINARIO. . . . . no alteraciones
NEUROLOGICO:. . . . . ALERTA, GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN 3 ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, SIN FOCALIZACION
PIEL: . . . . . INTEGRA, SIN ALTERACIONES,
FANERAS:. . . . . SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICO:

G408: OTRAS EPILEPSIAS
I698: SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFC
F719: RETRASO MENTAL MODERADO. DETERIORO DE COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPEC

TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado Nuevo

ANALISIS:

PCTE DE 28 AÑOS QUIEN ACUDE POR PRIMERA VEZ CON ANTECEDENTES DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL DE 27 AÑOS DE EVOLUCIÓN + EPILEPSIA + RM MODERADO, ACTUALMENTE EN TTO CON :
LACOSAMIDA 200MG CADA 12 HORAS
LEVETIRACETAM 500MG CADA 12 HORAS
PREGABALINA 75MG NOCHE
MADRE REFIERE NO CONVULSIONES EN LOS ULTIMOS AÑOS
NIEGA SÍNTOMAS DE ALARMA TALES COMO CEFALEA, EPISTAXIS, DOLOR PRECORDIAL, MAREO , FOSFENOS , VISION BORROSA , POLIDIPSIA, POLIURIA , POLIFAGIA, DOLOR ABDOMINAL FIEBRE, LESIONES O ÚLCERAS EN LA PIEL U OTROS SIGNOS DE ALARMA . PACIENTE NIEGA SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIA.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS
No. 21

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Olmedo Chapal Peteví **Cedula de ciudadanía** 18185868

Dirección: Resguardo Tsenene **Contacto:** 3225275260

Firma de quien recibe Olmedo Chapal. P. **Cedula de ciudadanía** _____

Parentesco: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.185.868**

CHAPAL PETEVI

APELLIDOS

OLMEDO

NOMBRES

olmedo chapal p.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-FEB-1976**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-JUN-1994 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6400200-00221853-M-0018185868-20100308 **0021506234A 1** 25636702

SABIDURIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE PUERTO ASIS
RESGUARDO INDIGENA TSSENENE
PUEBLO COFAN
ACUERDO Nº.332 DE 18 DICIEMBRE 2023
NIT.846001421-1

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL RESGUARDO INDIGENA TSSENENE DEL PUEBLO COFAN, EN USO DE LAS ATRIBULACIONES LEGALES QUE LE CONFIERE LA LEY 8 DE 1890, LEY 21 DE 1991, ARTICULO 246 DE LA CONSTITUCION NACIONAL

HACE CONSTAR

Que, consultado el censo indígena sistematizado, aportado por la comunidad indígena, se registra A **Olmedo Chapal Petevi** Identificada con CC, **18.185.868** expedida en Puerto Asís – Putumayo, pertenece al resguardo **"TSSENENE"** del pueblo **COFAN** perteneciente a la jurisdicción del municipio de Puerto Asís – Putumayo, legalmente registrada, censada en dicha comunidad.

El comunero antes mencionado convive y practica los usos y costumbres tradicionales de nuestra población.

Por lo anterior hago constar que pertenece al estrato cero (0) cero del régimen subsidiado, para población indígena, en salud, educación y servicios públicos, regidos por la ley 715 de 2001, en su artículo, 46 y 47 para la prestación de servicios.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado y se firma a los diez (10) días del mes de julio del 2024.

Cordialmente

GUSTAVO STEVEN CHAPAL GOMEZ
Gobernador del Resguardo indígena TSSENENE COFÀN
CC:1123303586 de Puerto Asís-Putumayo
Contacto: 3187508479

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:04
Fecha Historia:29/02/2024 08:29 a.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 29/02/2024 08:29 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 18185868 OLMEDO CHAPAL PETEVI
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 18185868 Cons. Historia: 5512756
Atención: Ambulatorio

HOSPITAL LOCAL E S E

HISTORIA
EVOLUCION MEDICA GENERAL:

HISTORIA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 29/02/2024
Hora: 08:28
Historia: 18185868
Nombre: OLMEDO CHAPAL PETEVI
Edad: 48 Años
E.A.P.B.: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Zona: RURAL
Direccion: VEREDA LA PAILA
Telefono: 3123878012
Estado Civil: Union Libre
Ocupacion: Agricultores de cultivos permanentes (plantaciones de árboles y arbustos)
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: SI
ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: PAARA EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR PRESENTAR AMPUTACION DE PIERNA SECUNDARIO A FRACTURA DE FEMUR Y TIBIA COMPLICADA CON GANGRENA POR EL CUAL LE REALIZARON AMPUTACION SUPRACONDILEA DE URGENCIAS
AC...ENTE EN EL 2017 SUFRIO ACCIDENTE POR CAIDA DE UN TECHO APROX 5 METROS

TAMBIEN SUFRIO ACCIDENTE EN EL 2021 ACCIDENTE CON ARMA DE FUEGO SE AUTODISPARA ACCIDENTALMENTE EN MANO IZQUIERDA CON PRESENCIA DE FRACTURA DE EXTENSOES- LESION DE TEJIDOS BLANDOS (07/10/2021)
OX HERIDAS MULTIPLES EN LA MANO
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
Revision por Sistemas: NO
Test:could it be copd
TESTCOULD IT BE COPD: NO
Tiene flema u mucosidad la mayoria de los dias?.: NO
Tose muchas veces al dia ?.: NO
Es mayor de 40 años ?.: SI
Le cuesta respirar más, que personas de su edad?.: NO
= 3 es un pte con posible enfermedad respiratoria:
Actualmente fuma o es ex fumandor ?.: NO
Remitido a Programa de EPOC: NO
Total: 1
ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedente Personales Relevantes: AMPUTACION TRUMATICA DE LA PIERNA IZQUERDA(NOV 2018)
ANTECEDENTES DE VACUNACION: AL DIA

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
Planifica?
Planifica?: No
Examen Fisico
Estado general: BUEN ESTADO GEENRAL AFEBRIL HIDRATADA
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Kig): 75.00
Talla (m): 1.65
IMC: 27.55
FR: 18
Fre cardiaca: 85
Temperatura: 36.00
TA: 100/60
EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
Cabeza: NROMAL
Neurologico: ALERTA
Ojos: CONJUNTIV AS ROSADAS
ORL: NORMAL
Boca: HIDRATADO.
Cuello: MOVIL
Torax y Pulmones: BIEN VENTILADOS.
Corazón: RIMTICO.
Abdomen: BLANDO NO DOLOR
Pelvis: NORMAL
Genitourinario: NROMAL
Aparato Locomotor: PRESENTA AMPUTACION SUPRACONDILEA IZQUIERA
MANO IZQUIERDA CON LESION ANIVEL DEL TERCER DEDO CON IMPOSIBILIDAD DE LAFLEXION DEL TERCER DEDO
Piel y Anexos: NORMAL
Ganglios: NO S EPALPA.
RECTO RECTAL: NORMAL
ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO
ESTADO PSICOSOCIAL: NORMAL
AYUDAS DIAGNOSTICAS
Reportes de laboratorio: escribir resultados reportes de laboratorio
Reportes Imagenologicos: describir imagenes (rx,ecografias, etc.).

DEMANDA INDUCIDA A PYP
Remitido a programa de PyP
Remitido a programa de PyP: NO R/PYP
IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Principal: T136-AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
Dx. Relacionado 1: S661-TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta: No Aplica
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
PLAN DE MANEJO: .SE REMITE A ORTOPEDIA PARA CONFIRMACION DE DIAGNOSTICOS PAR A CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD
Signos de Alarma: 0.
Recomendaciones: CONTINUAR CONTROL CON ORTOEDIA , UTILIZAR PROTESIS Y MULETAS DE APOYO

CC 18185868 OLMEDO CHAPAL PETEVI Usuario: APORTILLA Fecha Impresión: 01/03/2024 12:15 Pagina N°

ORDEN DE CONSULTAS O INTERCONSULTAS
ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS
Nit. 846000253
Dir. CR 29 10 10 - Tel. 4229148

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 01/03/2024 12:06:32p.m.
Lugar y Fecha: PUERTO ASIS, PUTUMAYO 01/03/2024 12:06:32p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 18185868 OLMEDO CHAPAL PETEVI
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. **Convenio:** SNIVELII **Tipo de Usuario:**SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 18185868 **Orden N°:** 3436185

- Procedimiento: 890264 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Especialidad: OTRAS ESPECIALIDADES NO CLASIFICADAS
Indicaciones: SE DEJA CONSTANICA DE SECUELAS LAS CUALES SON PERMANTESREQUEIRE VALORACION POR FISIATIRA POR AMPUTAICON DE FEMUR IZQUIEROD

DX Principal: T931 SECUELAS DE FRACTURA DE FEMUR
DX Relacionado 1: T136 AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
DX Relacionado 2: S564 TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO EXTENSOR DE OTRO(S) DEDO(S) A NIVEL DEL ANTEBRAZO
Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

DR. IVAN ANDRES POLANCO LOPEZ
CC 10741303
Especialidad. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Registro. 10741303

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS

No. 22

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Frijol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Querly Tatiana Garces **Cedula de ciudadanía** 1123310050

Dirección: B/ San Nicolas **Contacto:** 3219024866

Firma de quien recibe Kerly Tatiana **Cedula de ciudadanía** _____

Parentesco: _____

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 10/07/2024

Ficha: 865684741229200036086

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: QUERLY TATIANA

Apellidos: GARCES HERRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1123310050

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/06/2024

Última actualización ciudadano: 07/06/2024

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LAURA DEL MAR BENAVIDES LEGARDA

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco

Teléfono: 4221640 - 3222209148

Correo Electrónico: sisben@puertoasis-putumayo.gov.co



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.310.050

Apellidos
GARCES HERRERA

Nombres
QUERLY TATIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.66

Sexo
F

Fecha de nacimiento
23 OCT 1994

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
TERUEL (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
08 NOV 2012, PUERTO ASIS

Firma
Kerry tatiana

Fecha de vencimiento
12 ENE 2034

CO

0388638555

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0388638550640O2<<<<<<<<<<
9410235F3401125COL1123310050<8
GARCES<HERRERA<<QUERLY<TATIANA

HISTORIA CLINICA

Codigo Plantilla:8
Fecha Historia:06/02/2024 10:04 a.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 06/02/2024 10:04 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1123310050 QUERLY TATIANA GARCES HERRERA
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: CAPITApym Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1123310050 Cons. Historia: 5473993
Atención Ambulatorio

HISTORIA CLINICA
Historia clinica Valoracion de la adultez:

HISTORIA CLINICA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 06/02/2024
Historia: 1123310050
Fecha Nacimiento F: 23/10/1994
Edad: 29 Años
Estado Civil: Soltero
E.A.P.B.: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Direccion: SAN NICOLAS
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI
Condicion de vulnerabilidad:: 10. NINGUNO
Hora: 10:03
Nombre: QUERLY TATIANA GARCES HERRERA
Sexo: Femenino
Nivel de Escolaridad: PRIMARIA COMPLETA
Ocupacion: No aplica
Zona: URBANO
Telefono: 3219024866
Pueblo o resguardo: NINGUNO
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: SI
Orientación sexual: HETEROSEXUAL
DATOS DE ACUDIENTE Y/O ACOMPAÑANTE
Dirección: SAN NICOLAS
ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: CONTROL DE ADULTEZ
PARA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Enfermedad Actual: PACIENTE ACUDE PARA ACTUALIZACION DE DATOS, Y HISTORIA CLINICA PARA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
TRAE HISTORIA DE MEDICINA DE REHABILITACION 18/12/2023
INGRESO PARA EXAMENES DE ELECTROMIOGRAFIA
ESTUDIO ANORMAL, SE EVIDENCIA AUSENCIA DE POTENCIALES SENSITIVOS,Y MOTORES DE NERVIOS TIBIAL, PERONEO, Y SURAL BILATERAL ASI COMO AUSENCIAS TARDIAS, EN MUSCULOS EVALUADOS, DE MIEMBROS INFERIORES. NO SE EVIDENCIA PATRON DENERVANTE. ESTOS HALLAZGOS
PUEDEN SUGERIR COMPROMISO MIELOPATICO LUMBAR. SE DESCARTA POLINEURORADICULOPATIA. DA DX DE PARAPLEJIA.
VALORACION DE NEUROLOGIA 22/11/2023
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE GUILLAIN BARRE HACE 10 AÑOS, ACUDE CON RM DE COLUMNA DORSOLUMBAR 18/06/2023
HALLAZGOS COMPATIBLES CON MIELOPATIA DORSAL
INESPECIFICA
RM DE CEREBRO 18/06/2023 SIN ALTERACIONES
EXAMEN NEUROLOGICO: FUERZA MUSCULAR MI 0/5, MS 5/5
PACIENTE CON GUILLAIN BARRE, CON PARAPLEJIA SECUELAS. DA DX DE SINDROME DE GUILLAIN BARRE.
Revision por Sistemas: NIEGA
Sint. Piel: NO
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
Antecedentes Familiares
Hipertension Arterial: NO
Dislipidemias: NO
Cancer: NO
Alergias: NO
Tuberculosis: NO
Hernia.: NO
Enfe. ..edades degenerativas: NO
depresion y ansiedad: NO
Transtorno afectivo bipolar: NO
Tabaquismo: NO
Conducta suicida: NO
Maltrato o violencia inrafamiliar: NO
Diabetes Mellitus: NO
Enfermedad Coronaria: NO
Enfermedad cerebrovascular: NO
Asma: NO
Gota: NO
Glaucoma: NO
Enf Mentales: NO
Esquizofrenia: NO
Consumo de Drogas Psicoactivas y Alcohol: NO
Drogodependencia: NO
Violencia de género y sexual: NO
ANTECEDENTES PERSONALES
Transtornos del metabolismo: NO
Depresion: NO
Consumo de tabaco: NO
Diabetes: NO
cáncer: NO
Obesidad: NO
Alteraaciones sensoriales: NO
Enfermedades musculo-esqueleticas: NO
Enfermedades Transmisibles: NO
Inf de trasmisión sexual: NO
Exposicón a violencias: NO
Edad Inicio Relaciones Sexuales: 15
Metodo de planificacion Familiar Utilizado: NO TIENE
PARAPLEJIA
Quirurgicos: NO
Alergicos: NO
TRAUMATICOS: NO
Uso de medicamentos:: NO
Practicas y habitos saludables (describa):: NO REFIERE
Actividad laboral (antecedentes):: NO REFIERE
Enfermedades Cardio-cerebro-vasculares: NO
Consumo de alcohol: NO
Enf Vascular: NO
Dilipidemias: NO
EPOC: NO
Alteraciones Visuales: NO
Enfermedades neurologicas: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NIEGA
Conocimineto de ITS: -
Enfermedades o accidentes laborales: NO
Menarquia: 12
N. de Compañeros Sexuales: 1
Patologicos: GUILLAN BARRE
Toxicos: NO
Transfucionales: NO
Hospitalizaciones.: NO
ANTECEDENTES DE VACUNACION: 3 DOSIS VACUNA CONTRA COVID-19
Hab Alimenticios: NO REFIERE
Familiograma: NO REFIERE
Resultado valoracion de los Derechos en SSR: ADECUADO
Examen Fisico

Estado general: EN BUENAS CONDICIONES GENERALES EN EL MOMENTO

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Kg): 1.00 | **Talla (m):** 1.00

IMC: 1.00 | **FR:** 19

FC: 84.00 | **TA:** 118/70

Temperatura: 36.90 | **Circunferencia abdominal:** 105

Ecomapa

Analisis contexto social (Ecomapa): NO REFIERE

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Trastornos Menstruales: NO | **G:** 1

P: 1 | **A:** 0

E: 0 | **M:** 0

Intencion reporductiva a corto plazo (dos años):: NO | **Se remite Consulta preconcepcional:** NO

Resultado CCU: -

Deteccion del riesgo cardiovascular

Riesgo Cardiovascular: | **Deteccion del riesgo cardiovascular:** <10% Riesgo bajo

Conducta según riesgo cardiovascular:: BAJAR DE PESO

Deteccion del riesgo metabolico

Riesgo metabolico:: | **Deteccion del riesgo metabolico:** <10 Riesgo bajo

Conducta segun riesgo metabolico:: BAJAR DE PESO

EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL

Cabeza: NORMOCEFALA

Neurologico: PARAPLEJIA MIEMBROS INFERIORES, USO DE SILLAS DE RUEDAS
ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS
ALERTA, GLASGOW 15/15

Ojos: PINRAL

ORL: SIN ALTERACION | **Boca:** MUCOSA ORAL HUMEDA

Cuello: MOVIL, NO ADENOMEGALIAS | **Examen de tiroides::** NO PALPABLE

Torax y Pulmones: MV AUDIBLE, NO SOBREAGREGADOS EN EL MOMENTO. | **Corazón:** RSCSRS.

Examen de mamas: NORMOCONFIGURAS | **Abdomen:** BLANDO

Pelvis: ESTABLE | **Genitourinario:** NORMOCONFIGURADO

Aparato Locomotor: PACIENTE CON PARAPLEJIA, MS NORMALES
PARAPLEJIA | **Valoracion columna vertebral pasiva / dinámica:** PACIENTE CON

Piel y Anexos: HIDRATADA | **Ganglios:** NO ADENOMEGALIAS.

ESTADO NUTRICIONAL: NO VALORADO | **Valoracion de la salud sexual (describa):** NO REFIERE

Valoracion de la salud visual (describa): ADECUADA | **Ojo Derecho:** 20/20

Ojo Izquierdo: 20/20 | **Valoración de la salud bucal::** ADECUADA

Valoración de la salud mental:: ADECUADA | **Resultado tamizaje RQC::** ADECUADA

Asume rol de cuidador de algun miembro de la Flia?: NO | **Valoración salud auditiva-comunicativa::** ADECUADA

AYUDAS DIAGNOSTICAS

Hemoglobina: 14.00 | **Reportes de laboratorio:** escribir resultados reportes de laboratorio

Reportes Imagenologicos: describir imagenes (rx,ecografias, etc.).

Remitido a programa de PyP

IMPRESION DIAGNOSTICA

Dx. Principal: Z000-EXAMEN MEDICO GENERAL | **Dx. Relacionado 1:** G610-SINDROME DE GUILLAIN-BARRE

Dx. Relacionado 2: G822-PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA | **Tipo de Diagnostico Principal:** IMPRESION DIAGNOSTICA

Finalidad de la Consulta: DET. DE A. DEL ADULTO | **Causa Externa:** OTRA

Conducta y/o Plan

Intervencion de Factores de Riesgo: - | **Tratamientos:** -

Remision a Especialidad: NO

Educacion en: SE DA INDICACION DE VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTFICADO DE DISCAPACIDAD

AJUSTES: PACIENTE USA SILLAS DE RUEDAS

VALORACION INSTITUCIONAL

DX G610 SINDROME DE GUILLAIN BARRE.
G822 PARAPLEJIA | **Fecha proxima cita::** 06/02/2020



DR. LEIDY NATHALIA ERAZO HERNANDEZ
CC 1123306021
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1123306021

INDICACIONES DE MANEJO
ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS
Nit. 846000253
Dir. CR 29 10 10 - Tel. 4229148

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 06/02/2024 10:04:10a.m.
Lugar y Fecha: PUERTO ASIS, PUTUMAYO 06/02/2024 10:04:10a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1123310050 QUERLY TATIANA GARCES HERRERA
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. **Convenio:** CAPITApym **Tipo de Usuario:**SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1123310050 **Orden N°:** 850,902

Indicaciones: SE DA INDICACION DE VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTFICADO DE DISCAPACIDAD

AJUSTES: PACIENTE USA SILLAS DE RUEDAS

VALORACION INSTITUCIONAL

DX G610 SINDROME DE GUILLAIN BARRE.
G822 PARAPLEJIA



DR. LEIDY NATHALIA ERAZO HERNANDEZ
CC [illegible]
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1123306021

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS

No. 23

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Maria Isabella Jurado **Cedula de ciudadanía** 1123310785

Dirección: B1 San Nicolas **Contacto:** 3183314792

Firma de quien recibe Andra Marcela Portilla **Cedula de ciudadanía** 1123203751

Parentesco: Mamá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.123.310.785**

JURADO PORTILLA

APELLIDOS

MARIA ISABELLA

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-2013**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

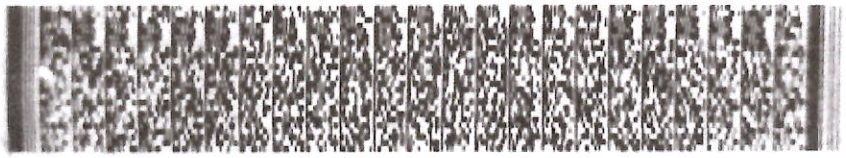
01-MAR-2031 **B+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

05-MAR-2020 PUERTO ASIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-6400200-01142067-F-1123310785-20200616 **0070**958747A 1 53569948

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	**11/07/2024**
Ficha:	**86568021525400000957**

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ISABELLA

Apellidos: JURADO PORTILLA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1123310785

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**20/03/2024**
Última actualización ciudadano:	**20/03/2024**
Última actualización vía registros administrativos:	

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	**LAURA DEL MAR BENAVIDES LEGARDA**
Dirección:	**Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco**
Teléfono:	**4221640 - 3222209148**
Correo Electrónico:	**sisben@puertoasis-putumayo.gov.co**

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA

Codigo de habilitacion 865680020201 nit: 900021788-1

Dir. CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel. 098 4228686 3138251619.

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA.

Folio No: 1088963 Admision No: 542771

PACIENTE: JURADO PORTILLA MARIA ISABELA **E.CIVIL:** Otro FECHA ATENCION: 24/05/2024 01:13 p. m.

IDENTIFICACION: TI1123310785 **EDAD:** 11 Años 2 Meses

No HISTORIA: 1123310785 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 3183314792

EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S. **FEC. NAC:** 01/03/2013 **MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT

REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** PTO ASIS

G404-OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS

NOMBRE DEL PADRE: MESIAS JURADO **NOMBRE DE LA MADRE:** ANDRA PORTILLA

MOTIVO DE CONSULTA:

CONSULTA POR PEDIATRÍA

MARIA ISABELLA JURADO PORTILLA
Acompañante: Andrea Portilla
Celular: 3183314792
Procedente: puerto asis
Edad 11 años
ultimo control marzo/24

control "

ENFERMEDAD ACTUAL:

Madre refiere antecedente de epilepsia refractaria, con retraso global del neurodesarrollo, refiere que se encuentra en buenas condiciones, persiste con crisis diarias, de corta duracion, varias por dia. no h odo tener segumiento por neuroped, pendiente nueva cita ** se renueva orden **
continua con deposiciones cada diarias, sin esfuerzo, bristol III

Antecedentes
* Hemoclasificacion: B+
* Patologicos: epilepsia refractaria, retraso del neurodesarrollo, constipacion
* Alergico: Niega
* Quirurgicos: lobectomia a los 3 años ***
* Familiares: Niega
* Farmacologicos: levetiracetam 6 cc cada 12 hr ** ajuste hoy *** clobazam 1 tab y media cada 12 hr, bisacodilo 5 mg noche
* Transfusionales: Niega
* Traumatologicos: Niega
* Hospitalarios: En varias ocasiones por enfermedad de base
* Inmunizaciones: PAI al dia para la edad
* Neurodesarrollo: -
* Sociodemografico: vive con mama, padrastro, mascotas: no, fumadores no
* Perinatales: producto de 2da gestacion, 38 semanas, madre de 26 años, parto por cesarea por podalica, No requirio UCIN, Torch: negativo, peso al nacer: 2810 gr, talla: 48 cm

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ENERALES:. . . NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES:

GRUPO SANGUINEO: B FACTOR RH: +
HTA:. . . . . No refiere
OBESIDAD: . . . . No refiere
DIABETES: . . . . No refiere
DISCAPACIDAD: . . MENTAL
Aler. Medicamento No
E.Cardiovascular. No refiere
ICC ICT . . . . . No refiere
Angina. . . . . No refiere
IAM . . . . . No refiere
ICR . . . . . No refiere
Enf. Endocrina. . No refiere
Enf. Renal. . . . No refiere
Enf. Vascular . . No refiere
Retinopatia . . . No refiere
Asma. . . . . No refiere
Tbc . . . . . No refiere
Traumas . . . . . No refiere
Epilepsia:. . . . No refiere

PATOLOGICOS: . . . EPILEPSIA REFRACTARIA, ESTATUS CONVULSIVO, SECUELAS NEUROLOGICAS
TRAUMATICOS: . . . NO REFIERE
QUIRURGICOS: . . . NO REFIERE
INMUNOLOGICOS: . . NO REFIERE

Folio No: 1088963 Admision No: 542771

PACIENTE: JURADO PORTILLA MARIA ISABELA **E.CIVIL:** Otro FECHA ATENCION: 24/05/2024 01:13 p. m.
IDENTIFICACION: TI1123310785 **EDAD:** 11 Años 2 Meses
No HISTORIA: 1123310785 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 3183314792
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S. **FEC. NAC:** 01/03/2013 **MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** PTO ASIS

G404-OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS

NOMBRE DEL PADRE: MESIAS JURADO **NOMBRE DE LA MADRE:** ANDRA PORTILLA

ALERGICOS: . . . . NO REFIERE
FARMACOLOGICOS:. . NO REFIERE
TOXICOS: . . . . . NO REFIERE
NUTRICIONALES: . . NO REFIERE
TRANSFUSIONALES:. . . . . NO REFIERE
HOSPITALIZACIONES:. . . NO
OTROS ANTECEDENTES: . . NO

REVISION POR SISTEMA

NORMAL
CABEZA:. . . . . NIEGA
OJOS:. . . . . NIEGA
NARIZ: . . . . . NIEGA
OIDOS: . . . . . NIEGA
OROFAFINGE:. . . . . NIEGA
CUELLO:. . . . . NIEGA
RESPIRATORIO:. . . . NIEGA
NEUROLOGICO: . . . . NIEGA
ENDOCRINO: . . . . . NIEGA
MUSCULO(ESQUELETICO: NIEGA
HEMATOPOYETICO:. . . NIEGA
LINFORRETICULAR: . . NIEGA
PSIQUIATRICOS: . . . NIEGA
PIEL Y FANERAS:. . . NIEGA
ARTICULAR: . . . . . NIEGA
CARDIOVASCULAR:. . . NIEGA
GASTRO - INTESTINAL: NIEGA
GINECOLOGICO:. . . . NIEGA
UROLOGICO: . . . . . NIEGA
OTROS: . . . . . NIEGA

SIGNOS VITALES:

FREC CARDIACA: . . .102 Latidos por Min.
FREC RESPIRATORIA: .22 Resp. por Min.
TEMPERATURA: . . . .36 C.
TENSION ART: . . . .90/60 mmHg
PRESION ART. MEDIA:.70
SAT. DE OXIGENO: . .92 %
PESO:. . . . . .13.6 Klg.
TALLA: . . . . . .25 cm.
IMC: 217.6

EXAMEN FISICO:

BUEN ASPECTO GENERAL
SINTOMATICO DE PIEL:. . . . No
SINTOMATICO RESPIRATORIO: . No
SINDROME FEBRIL:. . . . . No
SINTOMATICO NERV. PERIF:. . NO
ESTADO NUTRICIONAL: . . . . adecuado
CABEZA: . . . . . NORMOCONFIGURADO, SIN PUNTOS DOLOROSOS
OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS- .-AV OD 20/20 OI 20/20
OIDOS:. . . . . SIN ALTERACIONES
NARIZ:. . . . . SIN ALTERACIONES
BOCA: . . . . . MUCOSA ORAL ROSADA Y HUMEDA
OTORRINOLARINGOLOGIA: . . . sin alteracion
CUELLO: . . . . . MOVIL, SIN MASAS, SIN PUNTOS DOLOROSOS
TORAX: . . . . . SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO SIN DEFORMIDADES, SIN PUNTOS DOLOROSOS.-
PULMONAR: . . . . . PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN RUIDOS PATOLOGICOS AGREGADOS, SIN AREAS DE SUBMATIDEZ.-
PERFUSION:. . . . . <2seg
ABDOMEN:. . . . . BLANDO, DEPRESIBLE, CON PERSITALSIS NORMAL, SIN VISCEROMEGALIAS PUÑO PERCUSION LUMBAR NO DOLOROSA, NO BLUMBERG, MURPHY NEGATIVO, MC BURNEY NEGATIVO
EXTREMIDADES: . . . . . SIMETRICAS, SIN DEFORMIDADES, SIN DEFICIT DE PULSO , SIN DEFICIT NEUROLOGICO DISTAL
COLUMNA:. . . . . SIN DEFORMIDADES
EVALUACION ANOGENITAL:. . . NO SE EXPLORA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL . normal

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA

Codigo de habilitacion 865680020201 nit: 900021788-1

Dir. CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel. 098 4228686 3138251619.

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA.

Folio No: 1088963 Admision No: 542771

PACIENTE: JURADO PORTILLA MARIA ISABELA **E.CIVIL:** Otro FECHA ATENCION: 24/05/2024 01:13 p. m.

IDENTIFICACION: TI1123310785 **EDAD:** 11 Años 2 Meses

No HISTORIA: 1123310785 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 3183314792

EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S. **FEC. NAC:** 01/03/2013 **MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT

REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** PTO ASIS

G404-OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS

NOMBRE DEL PADRE: MESIAS JURADO **NOMBRE DE LA MADRE:** ANDRA PORTILLA

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: no alteraciones
GENITOURINARIO. . . . . no alteraciones
NEUROLOGICO:. . . . . ALERTA, GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN 3 ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, SIN FOCALIZACION
PIEL: . . . . . INTEGRA, SIN ALTERACIONES,
FANERAS:. . . . . SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICO:

G404: OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS
R620: RETARDO DEL DESARROLLO

TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado Repetido

TRATAMIENTO

ANTROPOMETRIA
peso: 26 kg
Talla: 136 cm
PC -

P/E Z
T/E Z -2.2
IMC Z -2.0 delgadez

Paciente de 11 años, asiste a control, antropometria delgadez secundario a antecedente de base
actualmente en buenas condicicones
requiere reformulacion de insumos y medicacion
se hace solicitud a la EPS de CUIDADOR (AUXILIAR DE ENFERMERIA) 12 HORAS DIARIAS DE LUNES A DOMINGO POR 3 MESES
Se recomienda continuar control de crecimiento y desarrollo, prevención de enfermedades y signos de alarma
Se explica a la madre, se resuelven dudas, refiere entender y aceptar.

Diagnósticos
- epilpesia refractaria
- retraso global de neurodesarrollo
- constipación
- delgadez

PLAN
Cita control pediatria en 2 meses
- peninte contorl por neuropeditria **
-- bisacodilo 1 tab cada noche, SE AUMENTA DOSIS DE KEPPRA 7.5 CC CADA 12 HR 60 mg/kg/dia **
- terapias multiples, 5 veces por semana, domciliarias **
- mipres pañales TALLA S, cambio de 1 cada 8 hr. 20240524135038542915. formula para 2 meses ** total 180 pañales
- ATENCION AUXILIAR ENFERMERIA: (AUXILIAR DE ENFERMERIA) ENFEMERIA 7 HORAS DIARIAS DE LUNES A SABADO, FORMUA PARA 3 MESES

FORMULA MEDICA

No	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
1	20107900-02	Levetiracetam 300 ml 300 ml 100mg (Jarabe) DOSIFICAION: 7.5 CC CDA 12 HR VIA: ORAL OBSRVACIONES: SE AUMETA OIS, FORMULA PARA DOS MESES. KEPPRA	2-Dos	60
2	9953922-02	BISACODILO A A 5 mg (Capsula) DOSIFICAION: 1 TAB CADA NOCHE VIA: ORAL OBSRVACIONES: TOAR EN LA NOCHE	60-Sesenta	60
3	19980418-01	Clobazam x10 mg tabletas 10 mg (Tabletas) DOSIFICAION: 1 tab y media cada 12 hr VIA: oral OBSRVACIONES: tomar 1 tab y media cada 12 hr	4-Cuatro	240

ORDEN MEDICA

No	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA

Codigo de habilitacion 865680020201 nit: 900021788-1

Dir. CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel. 098 4228686 3138251619.

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA.

Folio No: 1088963 Admision No: 542771

PACIENTE: JURADO PORTILLA MARIA ISABELA **E.CIVIL:** Otro FECHA ATENCION: 24/05/2024 01:13 p. m.

IDENTIFICACION: TI1123310785 **EDAD:** 11 Años 2 Meses

No HISTORIA: 1123310785 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 3183314792

EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S. **FEC. NAC:** 01/03/2013 **MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT

REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** PTO ASIS

G404-OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS

NOMBRE DEL PADRE: MESIAS JURADO **NOMBRE DE LA MADRE:** ANDRA PORTILLA

1	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	copntrol en 2 meses
2	890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	1	PRIORITRIA
3	890111	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR FISIOTERAPIA	40	5 terapias domiciliarias por semana, formula para 2 meses
4	890113	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR TERAPIA OCUPACIONAL	40	5 terapias domiciliarias por semana, formula para 2 meses
5	890110	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	40	5 terapias domiciliarias por semana, formula para 2 meses
6	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR ENFERMERIA	60	ENFEMERIA 7 HORAS DIARIAS DE LUNES A SABADO, FORMUA PARA 2 MESES

Dra. Estefany Sepulveda
RM: 1144028494
Pediatria
FUCC

PROFESIONAL: SEPULVEDA FORERO ESTEFANY

ESPECIALIDAD: PEDIATRIA

REGISTRO: 1144028494

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA

codigo de habilitacion 865680020201 Nit: 900021788-1

Dir. CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel. 098 4228686 3138251619.

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

PACIENTE: JURADO PORTILLA MARIA ISABELA
No HISTORIA: 1123310785
IDENTIFICACION: TI1123310785
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S.
REGIMEN: Subsidiado

EDAD: 11 Años 2 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 01/03/2013
FECHA: 24/05/2024 01:29 p. m

Folio No: 107875
Admision No: 542771
TELEFONO: 3183314792
MUNICIPIO: PUERTO ASIS PUT
DIRECCION: PTO ASIS

DIAGNOSTICOS:

G404-OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS
R620-RETARDO DEL DESARROLLO

No	Codigo	Descripcion	Cant	Observaciones
1	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	copntrol en 2 meses
2	890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	1	PRIORITRIA
3	890111	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR FISIOTERAPIA	40	5 terapias domiciliarias por semana, formula para 2 meses
4	890113	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR TERAPIA OCUPACIONAL	40	5 terapias domiciliarias por semana, formula para 2 meses
5	890110	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	40	5 terapias domiciliarias por semana, formula para 2 meses
6	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR ENFERMERIA	60	ENFEMERIA 7 HORAS DIARIAS DE LUNES A SABADO, FORMUA PARA 2 MESES

MEDICO: SEPULVEDA FORERO ESTEFANY
REG MEDICO: 1144028494

FIRMA DEL PACIENTE:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NUMERO **1.123.203.751**

PORTILLA SOLARTE

APELLIDOS

ANDREA MARCELA

NOMBRES

Andrea Marcela Portilla

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1987**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

20-JUN-2005 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6400200-01083187-F-1123203751-20190711 **0066**268037A 2 9908656154

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS
No. 24

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Kevin Dorley Guevara **Cedula de ciudadanía** 1006843990

Dirección: B/ Buenos Aires **Contacto:** 3144836183

Firma de quien recibe Dorany Meleco **Cedula de ciudadanía** 69022370

Parentesco: Mamá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.843.690**

GUEVARA MELECIO

APELLIDOS

KEVIN DURLEY

NOMBRES

Kevin

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-NOV-2001**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-FEB-2020 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6400200-01135757-M-1006843690-20200302 0070388407A 1 53569803

ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS
REMISIÓN DE PACIENTES

INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DE: ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS
CÓDIGO: 846000253
MUNICIPIO: PUERTO ASIS

A: OTRA INSTITUCIÓN
HOSPITAL LOCAL

FECHA SOLICITUD: 15/02/2024 **ESPECIALIDAD SOLICITANTE:** MEDICINA GENERAL

EVENTO: ENFERMEDAD GENERAL

SERVICIO QUE REMITE: AMBULATORIO **MOTIVO DE REMISIÓN:** VALORACION ESPECIAL

SERVICIO AL QUE REMITE: AMBULATORIO

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: CC 1006843690 Paciente GUEVARA MELECIO KEVIN DURLEY
Fecha Nacimiento: 05/11/2001 Edad: 22 año(s) Sexo: MASCULINO
Residencia Habitual: COLOMBIA* PUTUMAYO* PUERTO ASIS
Responsable del Paciente
KEVIN DURLEY GUEVARA MELECIO
Otro
3214676729
Residencia Actual:

AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL
Régimen Subsidiado - Número de Ficha Sisben: Nombre EPS/ARS/CAJA: EMSSANAR E.P.S S.A.S.Nivel de Pobreza: SUBSIDIADO NIVEL 1

SERVICIOS SOLICITADOS

VAL POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICION

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO: Q02X MICROCEFALIA

OBSERVACIONES

.PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD QUE ES TRAIDO POR LA MADRE QUE REFIERE ANTECEDENTES DE MICROCEFALIA RETARDO DEL NEURODESARROLLO* POR LO QUE SOLICTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD* SIN EMBARGO NO PRESENTA SOPROTE DE HISTORIAL CLINICO PARA ESTE FIN* POR LO QUE DIRECCIONO A ESPECIALIDAD PARA CONCEPTO MEDICO

PRIORIDAD DE LA REMISION: Prioritaria Urgente

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

Consulta 15/02/2024 09:40 AM - NICANOR ARTURO BELEÑO RAMIREZ - MEDICINA GENERAL

IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 15/02/2024
Hora: 09:39
Historia: 1006843690
Nombre: KEVIN DURLEY GUEVARA MELECIO
Edad: 22 Años
E.A.P.B.: EMSSANAR E.P.S´S.A.S.



Emssanar E.S.S.

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO
EMSSANAR E.S.S. CODIGO 118
RESOLUCION 0150 FEB 22 DE 1996 SUPERSALUD
NIT - 814000337 -1

DOCUMENTO	FICHA	DEPTO.	MUNICIPIO
TI 1006843690	0	PUTUMAYO	PUERTO ASIS

NOMBRES	APELLIDOS
KEVIN DURLEY	GUEVARA MELECIO

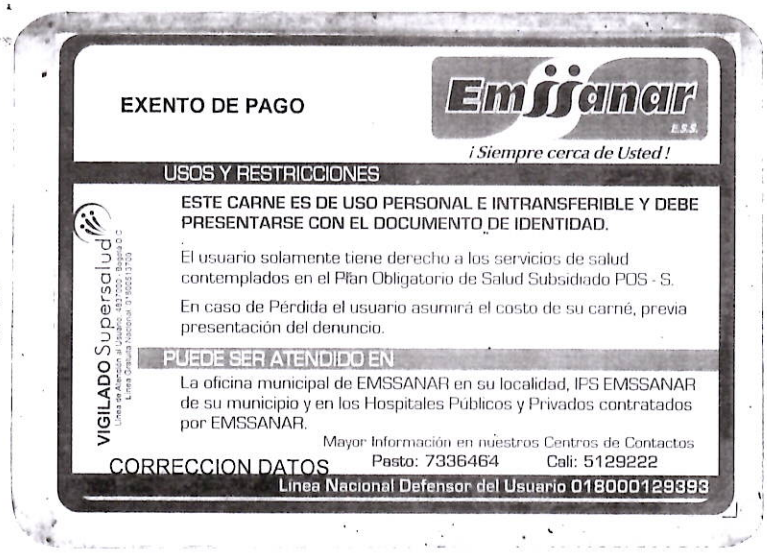
FECHA NACIMIENTO	SEXO	GRUPO ETNICO	DISCAPACIDAD
05/11/2001	M	OTRAS ETNIAS	NO APLICA

FECHA AFILIACION	DIRECCION	LOCALIDAD
01/11/2013	B CAMILO TORRES	DESCONOCIDO

POS-S

86568130022669

NIVEL SISBEN 1



EXENTO DE PAGO

Emssanar E.S.S.

¡Siempre cerca de Usted!

USOS Y RESTRICCIONES

ESTE CARNE ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y DEBE PRESENTARSE CON EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD.

El usuario solamente tiene derecho a los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS - S.

En caso de Pérdida el usuario asumirá el costo de su carné, previa presentación del denuncio.

PUEDE SER ATENDIDO EN

La oficina municipal de EMSSANAR en su localidad, IPS EMSSANAR de su municipio y en los Hospitales Públicos y Privados contratados por EMSSANAR.

Mayor Información en nuestros Centros de Contactos

CORRECCION DATOS Pasto: 7336464 Cali: 5129222

Linea Nacional Defensor del Usuario 018000129393

VIGILADO Supersalud

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS
No. 25

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Fabio Nelson Martinez **Cedula de ciudadanía** 83183599

Dirección: B/ Camilo Torres **Contacto:** 3113568675

Firma de quien recibe _____ **Cedula de ciudadanía** _____

Parentesco: FAMILIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 83.183.599
MARTINEZ URBANO

APELLIDOS
FABIO NELSON

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1984
ACEVEDO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

08-ENE-2003 ACEVEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1901300-01220696-M-0083183599-20210304 0073666067A 1 8501506170

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 11/07/2024

Ficha: 86568474527300017480

B1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: FABIO NELSON

Apellidos: MARTÍNEZ URBANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 83183599

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/09/2023

Última actualización ciudadana: 13/09/2023

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**



Contacto Oficina SISBEN

Nombre del administrador: LAURA DEL MAR BENAVIDES LEGARDA

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco

Teléfono: 4221640 - 3222209148

Correo electrónico: sisben@puertoasis-putumayo.gov.co

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
FABIO	NELSON	MARTINEZ	URBANO

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X				

Número de documento de identidad: 83133599

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	12	

2.3 Departamento
HUILA

2.4 Municipio
ALGECIRAS

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	50.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	70.00
Participación	68.75
GLOBAL	58.96

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b750.3 b760.3 b761.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.383 s750.383 s760.383

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d598.4 d879.4

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
KARLA MARCELA BARREIRO CORTES	Fisioterapia	CC-10 [illegible]
KAREN VIVIANA CASTILLO RUEDA	Medicina	CC-1098730544
ASTRID LORENA GIL PATIÑO	Psicologia	CC-26431499

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *FABIO NELSON MARTINEZ URBANO* manifiesto que: SI

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Luis Sa Paredes

Nombre y Firma

Documento: CC-83183599

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. SI

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS

No. 26

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Frijol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Joheiny Maria Blanco **Cedula de ciudadanía** 7286777

Dirección: B/ londres **Contacto:** 3127130022

Firma de quien recibe Anne Urbina **Cedula de ciudadanía** 5207798

Parentesco: Madre.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 7286777

COL

BLANCO URBINA
APELLIDOS

JOHEINY MARIA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

32979872
DNI Nro.

05-05-2008
FECHA DE NACIMIENTO

04-08-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

Joheiny

FIRMA



E2395727

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL7286777<<2<<<<<<<<<<<<<<<
0805054F3105308VENE2395727<<<7
BLANCO<URBINA<<JOHEINY<MARIA<<

de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

HISTORIA CLINICA

MBRE: JOHEINY MARIA BLANCO BINA	IDENTIFICACION: PT 7286777	HC: 7286777 - PT	EDAD: 16 Años	SEXO: F
CHA DE NACIMIENTO: 5/5/2008	RESIDENCIA: URB LONDRES	TELEFONO: 3127130022	PUTUMAYO-PUERTO ASIS	
NA RESIDENCIAL: URBANA	ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	OCUPACION: NO APLICA		
R. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:		
CHA INGRESO: 21/6/2024 - 08:26:11	FECHA EGRESO: 21/6/2024 - 10:03:35	CAMA:		
PARTAMENTO: 110201 - CONSULTA TERNA	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:			
IENTE: EMSSANAR ENTIDAD OMOTORA DE SALUD S.A.S.	PLAN: EMSSANAR E.P.S S.A.S SUBSIDIADO EVENTO-2024	TIPO AFILIADO: SUBSIDIADO		
S: UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA TE NA	DIRECCION: PRIMER PISO	TELEFONO IPS: 3503160055		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
024-06-21	**10:01** **MARIA.BENAVIDEZ - MARIA ALEJANDRA BENAVIDEZ FIERRO** **ESPECIALIDAD: NEUROPEDIATRIA** **MOTIVO DE CONSULTA :** CITA CONTROL POR NEUROPED **ENFERMEDAD ACTUAL :** CITA A CONTROL POR NEUROLOGIA PEDIATRICA PROCEDENCIA: PUERTO ASIS ASISTE: ANNE URBINA (MADRE) ESOLARIDAD: COLEGIO ESPECIALIZADO LATERALIDAD: DERECHA EDAD: 16 A?OS MC Y EA: PACIENTE CON HISTORIA DE DEFICIT COGNITIVO , NO CUENTA CON PRUEBA COGNITIVA , YA ESTA ESCOLARIZADA, CON ADECUADO COMPORTAMIENTO , PRESENTO EVENTOS PAROXISTICOS HASTA LOS 4 A?OS , NO RECIBIO TRATAMIENTO PARA CRISIS , ANTECEDENTES PERSONALES. PRODUCTO DE 2DA GESTACION DE MADRE DE 16 A?OS. PADRES NO CONSANGUINEOS. NACE POR PARTO VAGINAL A TERMINO HOSPITALARIO, PAN: 3050 G, TAN 56 CM. NO REQUIRIO HOSPITALIZACION. DPM MARCHA: 10 MESES SOSTEN CEFALICO :4 MESES ROLLITOS : 5 MESES SEDESTACION: 4 MESES SONRISA SOCIAL: 3 MESES CORRE: 1 A?O 4 MESES LENGUAJE : CON DIFICULTAD PARA PRONUNCIAR REPORTE RM DE CEREBRO 21/06/2024 DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES ELECTROENCEFALOGRAMA: VIGILIA NORMAL EXAMEN PC: 55 CM FENOTIPO LLAMATIVO PACIENTE ALERTA , INTERACCIONA , ESFERA MENTAL INFERIOR PARA LA EDAD ,LENGUAJE DE BAJO DEBITO. ALTERACION DE MEMORIA RECIENTE NO DEFICIT DE PARES CRANEALES. MOTOR Y SENSITIVO SIN DEFICIT DX: 1- DEFICIT COGNITIVO DE GRADO A ESTABLECER 2- ANTECEDENTE DE EVENTOS PAROXISTICOS DE ETIOLOGIA NO CLARA 3- QUERATOCONO

INFORMACION DE LA EVOLUCION

	TICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
	RASO MENTAL LEVE DETERIORO DEL			MARIA ALEJANDRA BENAVIDEZ FIERRO	2024-06-21
	COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO				

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

PO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA	FECHA/ HORA EVOLUCION
CONSULTA ONITORIZACION Y OCEDIMIENTOS IAGNOSTICOS	890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	1	21/6/2024 - 09:27:43
	Observacion	EN 6 MESES POR SU EPS		
	Diagnosticos Presuntivos			
DESEMPENO FUNCIONAL Y HABILITACION	938610	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD TRANSITORIA LEVE	72	21/6/2024 - 09:27:43
	Observacion	TERAPIA DE REHABILITACION DE LA DEFICIENCIA/ DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE #12 SESIONES POR MES POR 6 MESES		
	Diagnosticos Presuntivos			
DESEMPENO FUNCIONAL Y HABILITACION	930102	PRUEBA COGNITIVA (CADA UNA)	1	21/6/2024 - 09:27:43
	Observacion			
	Diagnosticos Presuntivos			

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
F701	RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

ALEJANDRA BENAVIDEZ FIERRO

Dra. Ma. Alejandra Benavidez F.
PEDIATRA - U.M.N.G.
C. 36.293.875 - 1928/06

OFESIONAL
- 36293875 - T.P 36293875
UROPEDIATRIA

imió: YURANIS BERRIO DE LA CRUZ - YURANIS.BERRIOP

Fecha Impresión : 2024/6/21 - 10:12:44

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS

No. 27

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Mario Jansasoy Jojoa **Cedula de ciudadanía** 18106974

Dirección: B/ poblado **Contacto:** 3203834226

Firma de quien recibe _____ **Cedula de ciudadanía** _____

Parentesco: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **18.106.974**

JANSASOY JOJOA

APELLIDOS

MARIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-SEP-1949**

MOCOA
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

21-NOV-1973 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6400200-01380096-M-0018106974-20230916 **0136**38332G 1 8509414508

HISTORIA CLINICA
ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS
Nit. 846000253
Dir. CR 29 10 10 - Tel. 4229148

Código Plantilla:04
Fecha Historia:12/07/2023 11:15 a.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 12/07/2023 11:15 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 18106974 MARIO JANSASOY JOJOA
Administradora: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: DESPLAZADOS SUBSIDIA NIVEL 0
No Historia: 18106974 Cons. Historia: 5112273
Atención: Ambulatorio

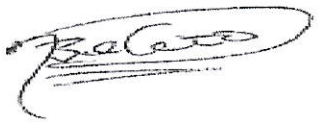
HISTORIA
EVOLUCION MEDICA GENERAL:

HISTORIA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 12/07/2023 **Hora:** 11:14
Historia: 18106974 **Nombre:** MARIO JANSASOY JOJOA
Edad: 73 Años **E.A.P.B.:** ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Zona: RURAL **Direccion:** CABILDO KIWI NUSA LAS DELICIAS
Telefono: 3203834226 **Estado Civil:** Casado
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO **PRESENTA DISCAPACIDAD:** NO
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: NO
ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: " POR LA VISTA "
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 73 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE MAS DE 30 AÑOS DE EVOLUCION DADO POR DISMINUCION PROGRESIVA DE AGUDEZA VISUAL , LA CUAL SE HA EXACERBADO EN LOS ULTIMOS AÑOS CON SENSASICON DE UN NUBARRON EN EL OJO, MNIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, NIEGA NEXO APRA COVID 19, SE ABORDA PACIIENTE CON EPP
Revision por Sistemas: LO DESCRITO **SINTOMATICO RESPIRATORIO:** NO
ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedente Personales Relevantes: NIEGA **ANTECEDENTES DE VACUNACION:** NIEGA

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
Planifica?
Planifica?: No
Examen Fisico
Estado general: ESTAVBLE
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 67.00 **Talla (m):** 1.60
IMC: 26.17 **FR:** 20
Fre cardiaca: 97 **Temperatura:** 36.10
TA: 121/60
EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
Cabeza:
NORMOCEFALA SIN MASAS NI TUMEFACCIONES, NO ESTIGMAS DE TRAUMA, CABELLO BIEN IMPLANTADO
Neurologico:
CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA SIN DEFICIT NEUROLOGICO NI MOTOR APARENTE GLASGOW 15/15, NO SIGNOS DE FOCALIZACION
Oj
PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS BLANCAS
ORL: SIN ALTERACIONES EVIDENTES. OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, NARIZ PERMEABLE, PTEGIN GRADO III BILATERAL M
Boca: .MUCOSA ORAL HIDRATADA SIN LESIONES, NORMOCROMICA
Cuello: CUELLO SIMETRICO, MOVIL SIN ADENOPATIAS SIN SOPLOS, NO DOLOROSO
Torax y Pulmones: .SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE NO AUSCULTO SOBREAGREGADOS, MV PRESENTE.
Corazón: .
RITMICOS REGULARES, ADECUADA INTENSIDAD, NO AUSCULTO SOPLOS
Abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, NO DOLOROSO A LA PALPACION
Pelvis: ESTGABLE **Genitourinario:** NO EXPLROADO
Aparato Locomotor: EXTREMIDADES SIMETRICAS, MOVILES, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR < 2 SEG
Piel y Anexos: SIN LESIONES **Ganglios:** NO .
TACTO RECTAL: NO **ESTADO NUTRICIONAL:** SOBRPESO
ESTADO PSICOSOCIAL: ADECUASDO
AYUDAS DIAGNOSTICAS
Reportes de laboratorio: escribir resultados reportes de laboratorio **Reportes Imagenologicos:** describir imagenes (rx,ecografias, etc.).

DEMANDA INDUCIDA A PYP
Remitido a programa de PyP
Remitido a programa de PyP: NO R/PYP
IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Principal: H110-PTERIGION **Tipo de Diagnostico Principal:** IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta: No Aplica **Causa Externa:** ENFERMEDAD GENERAL
PLAN DE MANEJO: PACIENTE CON CUADRO DE BAJA VISION DE LARGA DATA, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIAN PTERIGION GRADO III BILATERAL POR LO QUE CONSIDERO VALORACION POR EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA .
Signos de Alarma: SE EXPLICA QUE EN CASO DE PRESENTAR LOS SIGUIENTES SIGNOS DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS O AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO Y LA IMPORTANCIA DE LA NO AUTOMEDICACION; DOLOR INTENSO EN EL PECHO QUE SE PASE AL CUELLO O EL BRAZO IZQUIERDO, SE AHOGA CON MAS FACILIDAD AL HACER ALGUN ESFUERZO FISICO. DOLOR DE CABEZA INTENSO, NO ES CAPAZ DE PRONUNCIAR PALABRAS O HABLA ENRREDADO, PIERDE LA FUERZA DE ALGUN LADO DEL CUERPO, SE TUERCE LA CARA HACIA ALGUN LADO, CONVULSIONES, DESMAYOS, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, AUSENCIA DE DEPOSICIONES POR MAS DE 8 DIAS, DOLOR AL ORINAR

Recomendaciones: SE RECOMIENDA CONTINUAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE INICIANDO POR LA ALIMENTACION; LA INCLUSION DE MAS FIBRA, FRUTAS, VERDURAS Y BEBER AGUA. DISMINUIR EL CONSUMO DE FRITOS, HARINAS Y AZUCARES. SI FUMA DEJAR DE HACERLO O ABSTENERSE DE SUS DERIVADOS, REDUCIR AL MAXIMO EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SODIO. MEJORAR SU RESPUESTA AL ESTRES, Y MANTENER UN PESO ADECUADO PARA SU ESTATURA. HACER EJERCICIO AEROBICO; 30MIN AL DIA O 3 VECES A LA SEMANA SEGUIR AL PIE DE LETRA LAS RECOMENDACIONES DADAS EN LA CONSULTA POR SU MEDICO TRATANTE PARA LA TOMA DE MEDICAMENTOS EN HORARIO Y FORMA INDICADOS. SI PRESENTA LOS SIGNOS DE ALARMA YA EXPLICADOS DIRIGIRSE A UNA UNIDAD DE ATENCION CERCANA Y NO AUTOMEDICARSE O ESPERAR EN CASA LA RESOLUCION DE LOS SINTOMAS. ASISTIR A CONTROLES INDICADOS, REALIZARSE EXAMENES MEDICOS EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS Y ACUDIR PARA SU REVISION. REALIZAR LOS TRAMITES NECESARIOS ANTE SU EPS Y ACUDIR A CITAS CON ESPECIALIDADES DERIVADAS SI ES NECESARIO. SIEMPRE MANIFIESTE SUS DUDAS ANTE SU MEDICO Y SOLICITAR ACLARACIONES SI LAS NECESITA.



DR. NICANOR ARTURO BELEÑO RAMIREZ
CC 1051740241
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1051740241

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO

MUNICIPIO DE PUERTO ASÍS, CABILDO INDÍGENA NASA KIWE NXUSXA

CORREGIMIENTO LA CARMELITA RESOLUCIÓN NO 0041 DE 28 DE 2005

LA AUTORIDAD TRADICIONAL NASA DE ESTA PARCIALIDAD, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGITIMAS Y LEGALES QUE LE CONFIERE LA LEY DE ORIGEN, LA LEGISLACIÓN INDÍGENA Y LA 89 DE 1890 SU DECRETO REGLAMENTARIO 74 DE 1898 EN LOS ARTÍCULOS 246 Y 330 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991 Y EL CONVENIO 169 DE LA OIT.

HACE CONSTAR QUE

El comunero(a) Mario Jansasoy Jojoa identificado con R.C.__ T.I.__ C.C.X No 18.106.974, expedida en puerto Asis., pertenece al pueblo Nasa y conserva su identidad cultural, social y económica reside dentro de nuestro territorio y se encuentra legalmente inscrito(a) dentro del censo poblacional del cabildo Nasa Kiwe Nxusxa, corregimiento La Carmelita.

"La presente constancia es idónea únicamente para tramites de salud y educación" Se expide y se firma a los 10 días del mes de Julio. del año 2024.

Elian Esteban Tepud Cabiche
C.C. 100.645.899
Gobernador

Misael Cabiche Batos
C.C. 11.109.960
Secretario

Yelmi Jineth Acosta
CC. 1.123.304.533
Tesorera

Luz mery caviche
Luz Mery Cabiche
CC. 69.027.951
Fiscal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS

No. 28

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

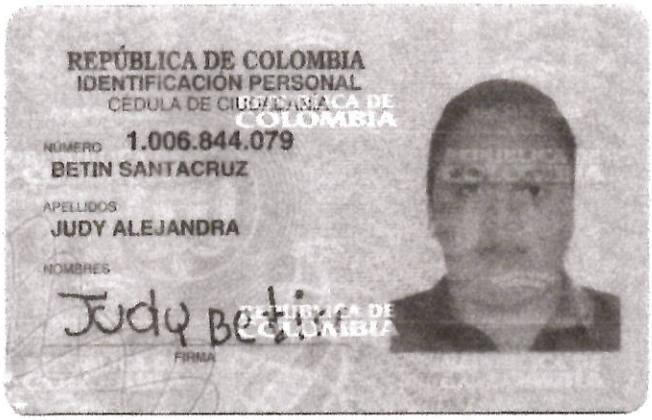
PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Judy Alejandra Betin Santacruz **Cedula de ciudadanía** 1.006 844 079

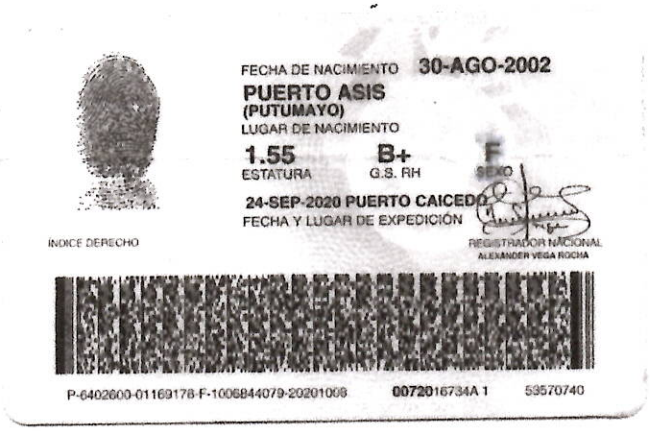
Dirección: Corregimiento Santa Ana **Contacto:** 3144382091

Firma de quien recibe Judy Betin. **Cedula de ciudadanía** _____

Parentesco: _____



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.006.844.079
BETIN SANTACRUZ
APELLIDOS
JUDY ALEJANDRA
NOMBRES
Judy Betin
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-2002
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
24-SEP-2020 PUERTO CAICEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-6402600-01169178-F-1006844079-20201008 0072016734A 1 53570740

Copia

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JUDY	ALEJANDRA	BETIN	SANTACRUZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
PUTUMAYO		PUERTO ASÍS	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1006844079

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS	2023	7	14

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	846000253

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	10.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b139.2 b189.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d598.3 d730.3 d7702.4

Copia

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
LEIDY NATHALIA ERAZO HERNANDEZ	Medicina	CC-1123306021
YADDY LIZETH ACOSTA DAVID	Enfermería	CC-69022881
FREYDE NASARIO ROSERO CEBALLOS	Psicología	CC-87491251

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS
No. 29

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Nolberto Moncayo **Cedula de ciudadanía** 18105999

Dirección: V/Caña veral **Contacto:** 3132791936

Firma de quien recibe Marithza Moncayo. **Cedula de ciudadanía** 1130844087

Parentesco: Hija

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.105.999**



MONCAYO
APELLIDOS

NOLBERTO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUL-1944**
EL ROSARIO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-ENE-1970 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-6400200-70134014-M-0018105999-20050311 01747 050690 02 183492584

Folio No: 335041 Admision No: 190848

Paciente:	MONCAYO NOLBERTO	**e.civil:**	Casado(a)	FECHA ATENCION:	26/03/2024 10:06 a. m.
Identificaion:	CC18105999	**edad:**	79 Años 8 Meses		
No historia	18105999	**sexo:**	Masculino	**Telefono:**	3132791936 3203489987 wasap
Empresa:	EMSSANAR E.P.S S.A.S.	**fec. nac::**	20/07/1944	**Municipio:**	MOCOA (PUT)
Regimen	Subsidiado			**Direccion:**	V CAÑAVERAL DOMICILIARIO

I129-ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA RENAL
DIABETES MELLITUS:. . . . . .SI
ENFERMEDAD RENAL CRONICA: . . . . . .SI
TASA FILTRACION GLOMERULAR: 31.94MLMN
ESTADOS DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA:.3B A1

CLASIFICACION DE RIESGO:
TASA DE FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADA POR COCKCROFT- GAULT
RELACION ALBUMINURIA/CREATINURIA A1
RIESGO RENAL ALTO

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD:

ETIOLOGIA NEFROPATIA HIPERTENSIVA, DIABETICA,RIÑON SEÑIL

IDENTIFICACION DEL RIESGO

RIESGO RENAL ALTO
RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO

CAPTACION DEL RIESGO:

RIESGO RENAL ALTO
RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO

ANALISIS DEL TRATAMIENTO

PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA; FILTRADO GLOMERULAR ADECUADO PARA EDAD.
CIFRAS DE TENSION ARTERIAL LIMITROFES , SE CONTINUA IGUAL MANEJO INDICADO Y SE SOLICTA AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIAL.
COCIENTE NEGATIVO Y UROANALISIS SIN SEDIMENTO ACTIVO NI PROTEINURIA.
HEMOGLOBINA EN METAS DE CONTROL
TRIGLICERIDOS FUERA DE METAS Y COLESTEROL LDL EN METAS PARA ESTADIO RENAL PERO FUERA DE METAS PARA RIESGO CARDIOVASCULAR , INTERVENCION CON ESTATINA POR ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR.
ALBUMINA, FOSFORO, PARATOHORMONA EN METAS
CON ELECTROCARDIOGRAMA ONDAS Q EN CARA INFERIOR PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA CON STRES FARMACOLOGICO SOLICTADO EN CONTROL PREVIO
DIABETES MELLITUS CONTROLADA CON PERFIL GLICEMICO EN METAS, SIN HIPOGLICEMIA, NO HIPERGLICEMIA, SE INSISTE EN ADHERENCIA A MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS, FARMACOLOGICAS. SE DAN RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA PIEL, REVISION DIARIA DE PIES Y EVITAR PIE DIABETICO
SE EDUCA EN AUTOMONITOREO, RECONOCMIENTO Y ACCION ANTE HIPOGLUCEMIA:SI EL RESULTADO ES MENOR DE 70MGDL, SE SIENTE MAL, CON MAREO, DEBILIDAD, SUDORACION, VISION BORROSA, CONFUSION, DIFICULTAD PARA PENSAR Y HABLAR O DOLOR DE CABEZA, DEBE ADELANTAR LA COMIDA Y CONSUMIR INMEDIATAMENTE UN VASO DE LECHE, JUGO DULCE, A LOS 15 MINUTOS TOMAR NUEVA GLUCOMETRIA Y SI PERSISTE MENOR A 70MGDL C JLTAR A URGENCIAS.

SE CONSIDERA PACIENTE ESTABLE AL MOMENTO SIN CLINICA DE AGUDIZACIÓN DE SUS PATOLOGIAS DE BASE.
SE EXPLICA CLARAMENTE SU PATOLOGIA, ESTADO, EVOLUCIÓN, CAMBIOS EN TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE NO ASUMIR LAS RECOMENDACIONES. SE REFUERZAN INDICACIONES DE DIETA Y ADHERENCIA A TRATAMIENTO.

PACIENTE CON INCONTIENCIA URINARIA, USUARIO DE PAÑAL DESECHABLE SE REALIZA MIPRES
CONTINÚA EN PROGRAMA DE NEFROPROTECCION
CONTROL NEFROPROTECCION JUNIO 2024
VALORACION INGRESO CON NEFROLOGIA MARZO 2024
SOLICITO AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIAL CONTROL MEDICO EXPERTO EN 1 SEMANA CON REPORTES

TRATAMIENTO:

SE DEJA IGUAL MANEJO
LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG AL DIA ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG AL DIA ATORVASTATINA 40 MG DESPUES DE LA CENA , METFORMINA/VILDAGLIPTINA 1000/50 MG CADA 12 HORAS.

RECOMENDACIONES

SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS:
SE EXPLICAN LOS SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR A URGENCIAS: DOLOR EN PECHO OPRESIVO O CONSTANTE, ALTERACION

IPS AIMEDIC SAS

Codigo de habilitacion 860010072801 nit: 900978986-9

Dir. CRA 7 N° 15-07 BARRIO JARDIN Tel. 3132219870.

HISTORIA CLINICA PREVENCION DE ENFERMEDADES CRONICAS.

Folio No: 335041

Admision No: 190848

Paciente:	MONCAYO NOLBERTO	**e.civil:**	Casado(a)	FECHA ATENCION:	26/03/2024 10:06 a. m.
Identificaion:	CC18105999	**edad:**	79 Años 8 Meses		
No historia	18105999	**sexo:**	Masculino	**Telefono:**	3132791936 3203489987 wasap
Empresa:	EMSSANAR E.P.S S.A.S.	**fec. nac::**	20/07/1944	**Municipio:**	MOCOA (PUT)
Regimen	Subsidiado			**Direccion:**	V CAÑAVERAL DOMICILIARIO

I129-ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA RENAL

ESTADO MENTAL (NO DESPIERTA, ESTA MAS DORMIDO DE LO NORMAL, HABLA ENREDADO O DESORIENTADO), NO PUEDE MOVER UN LADO DEL CUERPO, FIEBRE PERSISTENTE(TEMPERATURA MAYOR 38 GRADOS), TOS CON EXPECTORACION, DIFICULTAD PARA RESPIRAR.
TENSION ARTERIAL MAYOR A 180/100MMHG, LE DA MUCHA SED, LE DA MUCHA HAMBRE, ORINA MUCHO, ORINA DE MAL OLOR CONCENTRADA.SI ES DIABETICO: GLUCOMETRIA MENOR A 70MGDL O MAYOR A 400MGDL.

LA HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS SON ENFERMEDADES CRONICAS QUE SI NO SE CONTROLAN PUEDEN DAÑAR VARIOS ORGANOS DEL CUERPO, POR LO QUE ES IMPORTANTE TOMAR LA MEDICACIÓN DE ACUERDO A LAS INDICACIONES MEDICAS, ASISTIR A LOS CONTROLES PREFERIBLEMENTE ACOMPAÑADOS Y TENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

1. TOMAR LA MEDICACIÓN COMO SE LA ENVIA EL MEDICO, NO AUTOMEDICARSE.
2. EJERCICIO: SI ES POSIBLE REALIZAR ACTIVIDAD AERÓBICA SUPERVISADA(CAMINATA, TROTE, CICLISMO, NATACIÓN) AL MENOS 30 MINUTOS AL DIA, POR 3 DIAS A LA SEMANA, POR TERRENOS PLANOS, EVITAR CAIDAS.
3. SE PROHIBE TOMAR IBUPROFENO (SEVEDOL), DICLOFENACO, NAPROXENO (DURAFEX, LUMBAL), PIROXICAM, MELOXICAM (NIFLAMIN. EVITAR USO DE GENTAMICINA, AMIKACINA Y MEDIOS DE CONTRASTE.
4. ASISTIR A LOS CONTROLES ORDENADOS POR SU MEDICO, LLEVAR LAS EPICRISIS DADAS POR LOS ESPECIALISTAS A LAS CONSULTAS CON MEDICO EXPERTO.
5. EVITAR CONTACTO CON PERSONAS CON SINTOMAS GRIPALES, LAVARSE LAS MANOS FRECUENTEMENTE, USO DE TAPABOCAS AL SALIR DE CASA, EVITAR SITIOS CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS Y PROCURAR VACUNACIÓN.
6. NO FUMAR O EXPONERSE A HUMO DE TABACO, EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL.
7. EVITAR SITUACIONES DE ESTRÉS Y APLICAR TECNICAS PARA SU MANEJO.
8. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES:

** COMER BAJO DE SAL (MAXIMO 4GR DIARIOS)
** TOME SUS BEBIDAS SIN AZUCAR, MIEL O PANELA. NO CONSUMA GASEOSAS O JUGOS ARTIFICIALES O DE CAJA.
** EVITE CONDIMENTOS COMO MAGGI, DOÑA GALLINA, RICOSTILLA ETC. UTILICE AJO, CEBOLLA, TOMATE, TOMILLO, LAUREL, PEREJIL.
** PROTEINA 0.8GR/KG/DIA EVITE CARNES ROJAS(CERDO, RES, CUY, CHIGUIRO), PREFIERA POLLO O PESCADO.
** EVITE EMBUTIDOS (MORTADELA, SALCHICHON, SALCHICHA, CHORIZO, MORCILLA, JAMÓN) .
** AUMENTE EL CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS

PACIENTE DIABETICO: CUIDADO DE LOS PIES: CALZADO CERRADO, ADECUADO, REVISION DIARIA DE LOS PIES, SI OBSERVA LESIONES, HERIDAS, AGRIETAMIENTOS CONSUTLAR

SE INDICA:
1.LAVADO DE PIES CON AGUA TIBIA TODOS LOS DIAS.
2.SEQUESE BIEN LOS PIES SOBRETODO ENTRE LOS DEDOS.
3.USE CREMA O LOCIÓN HUMECTANTE
4.USE MEDIAS SUAVES QUE NO APRETEN, CAMBIELOS TODOS LOS DIAS.
5.NUNCA CAMINE DESCALZO
6.ANTES DE PONERSE LOS ZAPATOS VERIFFIQUE NO QUE HAYA NADA CON LO QUE PUEDA HACERSE DAÑO, DENTRO DEL ZAPATO.
7.CORTAR UÑAS CUADRADAS
8.INSPECCIONE SUS PIES TODOS LOS DIAS EN BUSCA DE CORTADURAS, CHAGAS O AMPOLLAS.
9.USE CALZADO CERRADO, ACOLCHONADO CON CORDONES NO APRETADOS.
10.EVITE USAR CHANCLAS.
RECOMENDACIONES TOMADAS DE ACADEMIA DE DIABETES.

FARMACOLOGICO:

Farmacos Antihipertensivos:	7	Otro
Recibe IECA:	2	No fue formulado dentro del plan
Recibe ARA II:	1	Sí recibe
Estatina:	3	Atorvastatina
Antidiabeticos:	7	Otros farmacos (especifique en observaciones)
Otros Tratamientos:	3	Otro
Adherencia al tratamiento:	1	Si

FARMACOLOGICO GENERAL:

MEDICAMENTO: LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS FUROSEMIDA 40 MG AL DIA ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG AL DIA ATORVASTATINA 40 MG DESPUES DE LA CENA , METFROMINA/VILDAGLIPTINA 1000/50 MG CADA 12 HORAS

IPS AIMedic S.A.S. Cuidando tu Salud

IPS AIMEDIC SAS

Codigo de habilitacion 860010072801 **nit: 900978986-9**

Dir. CRA 7 N° 15-07 BARRIO JARDIN Tel. 3132219870.

HISTORIA CLINICA PREVENCION DE ENFERMEDADES CRONICAS.

Folio No: 335041

Admision No: 190848

Paciente: MONCAYO NOLBERTO
Identificaion: CC18105999
No historia 18105999
Empresa: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Regimen Subsidiado

e.civil: Casado(a)
edad: 79 Años 8 Meses
sexo: Masculino
fec. nac:: 20/07/1944

FECHA ATENCION: 26/03/2024 10:06 a. m.

Telefono: 3132791936 3203489987 wasap
Municipio: MOCOA (PUT)
Direccion: V CAÑAVERAL DOMICILIARIO

I129-ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA RENAL

CONCENTRACION:
HORARIO: CANTIDAD:

MEDICAMENTO: PAÑAL DESECHABLE ADULTO TALLA M
CONCENTRACION: 20240326190038180197
HORARIO: CANTIDAD:

VALORACION OTROS SERVICIOS:

VALORACION OTROS SERVICIOS .CONTROL MEDICO EXPERTO EN 1 SEMANA CON AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIAL
CITA DE CONTROL. . . . . .NEFROPROTECCION EN JUNIO 2024
OBSERVACIONES. . . . . .VALORACION INGRESO NEFROLOGIA EN MARZO 2024

FORMULA MEDICA

No	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
1	A02BO002101	Omeprazol 20 mg 20 mg (cápsula) DOSIFICAION: 1 TAB AL DIA A NECESIDAD VIA: ORAL	45-Cuarenta Y Cinco	90
2	C09CL021161	LOSARTAN 50 MG TABLETAS 0 50 MG (TAB) DOSIFICAION: 1 TAB 7 AM Y 7 PM VIA: ORAL	180-Ciento Ochenta	90
3		HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg (Tabletas) DOSIFICAION: 1 TAB A LAS 9 VIA: ORAL	90-Noventa	90
4	N02BA003011	Acido Acetil salicilico 100 mg 100 mg (Tabletas) DOSIFICAION: 1 TAB A LAS 2 PM VIA: ORAL	90-Noventa	90
5	C08CA037011	ATORVASTATINA UND 40 mg (TAB) DOSIFICAION: 1 TAB DESPUES DE LA CENA VIA: ORAL	90-Noventa	90
6		METFORMINA/VILDAGLIPTNA 1000/50 MG (TAB) DOSIFICAION: 1 TAB CON DESAYUNO Y CENA VIA: ORAL	180-Ciento Ochenta	90
7	E0000418	LANCETA UND UND (UND) DOSIFICAION: PARA TOMA DE GLUCOMETRIA VIA: ORAL	50-Cincuenta	90
8	C9248	TIRILLAS PARA GLUCOMETRO UND UND (UND) DOSIFICAION: PARA TOMA DE GLUCOMETRIA VIA: ORAL	50-Cincuenta	90
9		PAÑAL DESCHABLE ADULTO TALLA M UND (UND) DOSIFICAION: PARA CAMBIO DE PAÑAL CADA 8 HORAS VIA: LOCAL	270-Doscientos Setenta	90

C EN MEDICA

No	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
1	903895	CREATININA EN SUERO. ORINA U OTROS	1	903895
2	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO ERITROCITOS INDICES HERITROCITARIOS)	1	902210
3	903026	MICROALBUMINURIA	1	19722
4	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	1	903876
5	903818	COLESTEROL TOTAL	1	903818
6	903868	TRIGLICERIDOS	1	903868
7	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	1	903815
8	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	1	903817
9	896100	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA SOD	1	CONTROL EN 1 SEMANA CON REPORTES

IPS AIMEDIC SAS

Codigo de habilitacion 860010072801 **nit: 900978986-9**

Dir. CRA 7 N° 15-07 BARRIO JARDIN Tel. 3132219870.

HISTORIA CLINICA PREVENCION DE ENFERMEDADES CRONICAS.

Folio No: 335041

Admision No: 190848

FECHA ATENCION: 26/03/2024 10:06 a. m.

Paciente: MONCAYO NOLBERTO
Identificaion: CC18105999
No historia 18105999
Empresa: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Regimen Subsidiado

e.civil: Casado(a)
edad: 79 Años 8 Meses
sexo: Masculino
fec. nac:: 20/07/1944

Telefono: 3132791936 3203489987 wasap
Municipio: MOCOA (PUT)
Direccion: V CAÑAVERAL DOMICILIARIO

I129-ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA RENAL



profesional: PINZA PABON LIZETH NATHALIA
especialidad: MEDICO GENERAL
registro: 1085277904

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	16/07/2024
Ficha:	86568017521400003640

A1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NOLBERTO

Apellidos: MONCAYO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 18105999

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	16/12/2019
Última actualización ciudadano:	05/03/2024
Última actualización via registros administrativos:	

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	LAURA DEL MAR BENAVIDES LEGARDA
Dirección:	Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco
Teléfono:	4221640 - 3222209148
Correo Electrónico:	sisben@puertoasis-putumayo.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS
No. 30

Fecha de entrega: 11 julio 2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Maria Isabel Gonzales **Cedula de ciudadanía** 25286526

Dirección: Bl poblado **Contacto:** 3184557194

Firma de quien recibe Maria Isabel G. **Cedula de ciudadanía** _____

Parentesco: _____



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 25.286.526
GONZALEZ BOLAÑOS
APELLIDOS
MARIA ISABEL
NOMBRES

Maria Isabel G
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1979
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-MAY-1998 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-6400200-01044175-F-0025286526-20181107 0063116276A 1 9906396758

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARIA	ISABEL	GONZALEZ	BOLAÑOS
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
PUTUMAYO		PUERTO ASÍS	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 25286526

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	11	17

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

846000253

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI	X	NO	
Auditiva	SI	X	NO	
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	54.17
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	78.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.3 b229.3 b249.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.471 s260.471 s298.372

3. Codigos Actividades y Participación

d350.3 d4602.3 d879.4

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
LEIDY NATHALIA ERAZO HERNANDEZ	Medicina	CC-1123306021
YADDY LIZETH ACOSTA DAVID	Enfermería	CC-69022881
FREYDE NASARIO ROSERO CEBALLOS	Psicología	CC-87491251

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 13/04/2024

Ficha: 865684741229200027066

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ISABEL

Apellidos: GONZALEZ BOLAÑOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25286526

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/04/2024

Última actualización ciudadano: 09/04/2024

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDRES VALENCIA SORIA

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco

Teléfono: 4221640 - 3229535872

Correo Electrónico: sisben@puertoasis-putumayo.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS
No. 31

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Brayan Aguirre Rentería **Cedula de ciudadanía** 1124860826

Dirección: B/ villa paz 1 **Contacto:** 3124835097

Firma de quien recibe Doris Arroyo **Cedula de ciudadanía** 69022359

Parentesco: abuela

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.124.860.826**

AGUIRRE RENTERIA

APELLIDOS

BRAYAN

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-2012**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-JUL-2030
FECHA DE VENCIMIENTO

B+
G S RH

M
SEXO

18-SEP-2019 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-6400200-01106422-M-1124860826-20191029 **0068**486327A 1 8185660655

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
BRAYAN		AGUIRRE	RENTERIA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
PUTUMAYO	PUERTO ASÍS

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo		Registro civil		Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad: 1124860826

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS	2023	3	15

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	846000253

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	91.67
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	81.25
Participación	60.71

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3 b320.3 b330.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s398.373 s399.373

3. Codigos Actividades y Participación

d155.4 d175.4 d310.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
LEIDY NATHALIA ERAZO HERNANDEZ	Medicina	CC-1123306021
YADDY LIZETH ACOSTA DAVID	Enfermería	CC-69022881
FREYDE NASARIO ROSERO CEBALLOS	Psicología	CC-87491251

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS

No. 32

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

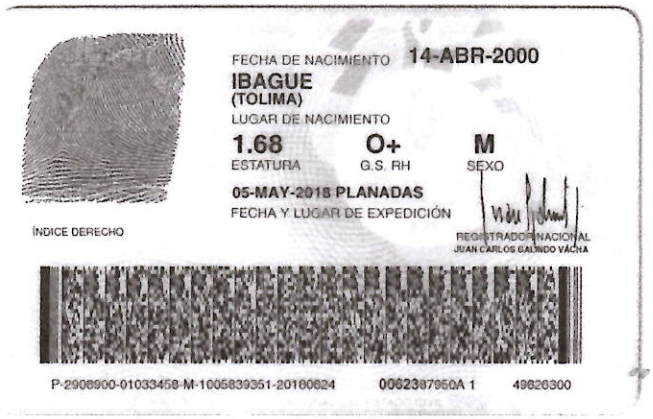
Nombre del beneficiario: Diego Alejandro Ortiz **Cedula de ciudadanía** 1005839351

Dirección: B/ acevedo **Contacto:** 3125700820

Firma de quien recibe Gloria Angela Ortiz **Cedula de ciudadanía** 65783852.

Parentesco: Madre.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.005.839.351
ORTIZ ORTIZ
APELLIDOS
DIEGO ALEJANDRO
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-2000
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
05-MAY-2018 PLANADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
ÍNDICE DERECHO
P-2906900-01033458-M-1005839351-20180624
0062387950A 1
49826300

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 17/07/2023 13:59:30
Autorizada el: 17/07/2023 14:02:41
Impresa el: 17/07/2023 14:02:42

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: **(POS - 15238) P073 - 211210917**
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.1005839351 **ORTIZ ORTIZ DIEGO ALEJANDRO**
Edad: 23
Fecha Nacimiento: 14/04/2000
Dirección Afiliado: CL 31 KR 25 BARRIO EL JARDIN
Departamento: PUTUMAYO 86
Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-1)
Teléfono afiliado: (8) - 3125700820
Teléfono celular afiliado: 3125700820
Municipio: PUERTO ASIS 568
I.P.S. Primaria : SUBSIDIADO-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSP
Correo electrónico: gloriaangelicaortizortiz@gmail.com

Solicitado por : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL - PUERTO ASIS
Nit: 846000253 - 6
Código: 865680000701
Dirección: CARRERA 29 N° 10 -10
Departamento: PUTUMAYO 86
Municipio: PUERTO ASIS 568
Teléfono: (8) -

Ordenado por: AGREDA ANDRES
Remitido a : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL - PUERTO ASIS
Nit: 846000253 - 6
Código: 865680000701
Dirección: CARRERA 29 N° 10 -10
Departamento: PUTUMAYO 86
Municipio: PUERTO ASIS 568
Teléfono: (8) -

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx		
	F718	RETRASO MENTAL MODERADO, OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
904902	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]

Afiliado no cancela ningun valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manejo integral segun guía: NO

Firma Afiliado ó Acudiente

Autorizador: LUZ DARY VILLAREAL LUNA
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado.La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoria Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

*** * Referencia - Cuenta Medica: P073-264489725**
Registro Impreso por: LUZ DARY VILLAREAL LUNA

ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS

Nit. 846000253

Dir. CR 29 10 10 - Tel. 4229148

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 13/07/2023 09:10:27a.m.

Lugar y Fecha: PUERTO ASIS, PUTUMAYO 13/07/2023 09:10:27a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 1005839351 DIEGO ALEJANDRO ORTIZ ORTIZ

Administradora: NUEVA EPS Convenio: NIVELII Tipo de Usuario:SUBSIDIADO NIVEL 1

No Historia: 1005839351 Orden N°: 3191496

Registro de Admision:0

902207

- Procedimiento: S19304 - Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

903895

- Procedimiento: S19290 - Creatinina en suero* orina y otros
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

903856

- Procedimiento: I903856 - NITROGENO UREICO [BUN] *
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

903841

- Procedimiento: S19490 - Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

895100

- Procedimiento: I895100-13 - ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

904902

- Procedimiento: S19911 - Tiroidea estimulante TSH
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

DX Principal: F718 RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO
Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

ANDRES AGREDA PANTOJA
MEDICO INTERNISTA
RES. 5202659
CC. 13068751

DR. ANDRES ALEXANDER AGREDA PANTOJA
CC 13068751
Especialidad. MEDICINA INTERNA
Registro. 5202659

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS
No. 33

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Laureano Gomez R. **Cedula de ciudadanía** 1907427

Dirección: B/ San Nicolas **Contacto:** 3105529488

Firma de quien recibe _____ **Cedula de ciudadanía** 1123208648

Parentesco: Nieta

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LAUREANO		GOMEZ	ROJAS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
PUTUMAYO	PUERTO ASÍS

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1907427

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS

2.2 Fecha de la Certificación		
Año	Mes	Día
2024	7	16

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

846000253

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI	X	NO	
Auditiva	SI	X	NO	
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	62.50
Movilidad	40.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	18.75
Participación	40.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.3 b230.4 b249.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s2608.373 s298.378 s299.372

3. Codigos Actividades y Participación

d310.3 d4602.3 d570.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MARCELA NARVAEZ VALENCIA	Medicina	CC-1123204637
YADDY LIZETH ACOSTA DAVID	Enfermería	CC-69022881
FREYDE NASARIO ROSERO CEBALLOS	Psicología	CC-87491251

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.907.427**

GOMEZ ROJAS
APELLIDOS

LAUREANO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1944**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-DIC-1965 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6400200-00631033-M-0001907427-20141004 0040417622A 1 8183033785

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 11/07/2024

Ficha: 86568470527300003176

B3

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LAUREANO

Apellidos: GOMEZ ROJAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1907427

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/10/2023

Última actualización ciudadano: 09/10/2023

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LAURA DEL MAR BENAVIDES LEGARDA

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco

Teléfono: 4221640 - 3222209148

Correo Electrónico: sisben@puertoasis-putumayo.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS

No. 34

Fecha de entrega: 11/07/2024

La alcaldía municipal de Puerto Asís, a través de la Secretaría de Gobierno y la oficina de enlace de discapacidad, hace entrega de un kit alimentario en el marco del proyecto **APOYO CON AYUDAS INTEGRALES PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MEDIANTE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS, PUTUMAYO, CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 361-2024.**

KIT DE ALIMENTOS

PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Paula Andrea Martinez **Cedula de ciudadanía** 1123311047

Dirección: Corregimiento Santa Ana **Contacto:** 3223820290

Firma de quien recibe Paula Andrea Martinez D. **Cedula de ciudadanía** _____

Parentesco: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.123.311.041**
MARTINEZ DELGADO

APELLIDOS
PAULA ANDREA

NOMBRES
paula Martinez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-ABR-2013**
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

07-ABR-2031 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

04-ENE-2021 PUERTO CAICEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6402600-01219597-F-1123311041-20210303 0073617879A 1 56511612