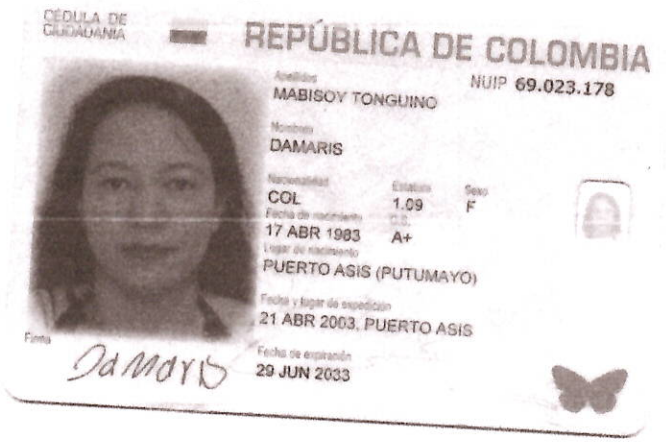

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 69.023.178

Apellidos
MABISOY TONGUINO

Nombres
DAMARIS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.09

Sexo
F

Fecha de nacimiento
17 ABR 1983

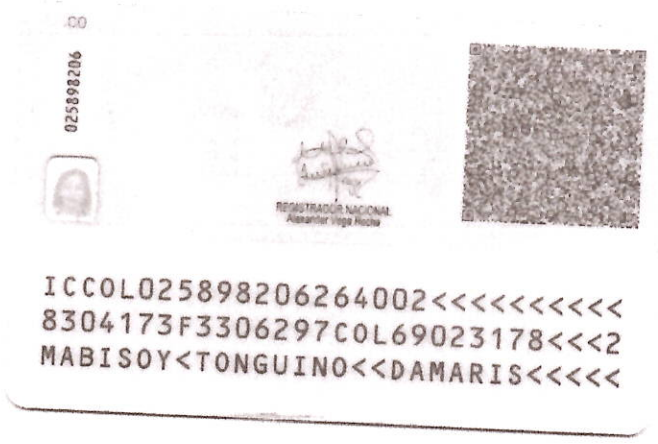
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
PUERTO ASIS (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
21 ABR 2003, PUERTO ASIS

Firma

Fecha de expiración
29 JUN 2033


CO

025898206

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL025898206264002<<<<<<<<<<
8304173F3306297COL69023178<<<2
MABISOY<TONGUINO<<DAMARIS<<<<<

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DAMARIS		MABISOY	TONGUINO

1.5 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: 69023178

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2022	11	8

2.3 Departamento

BOGOTÁ, D.C.

2.4 Municipio

BOGOTÁ, D.C.

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	8.33
Movilidad	85.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	56.25
GLOBAL	54.31

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b7101.4 b7401.4 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.423 s7502.413

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4501.4 d910.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
LORENA CAROLINA SANABRIA GOMEZ	Fisioterapia	CC-1010195060
LUZ ANGELICA CASTAÑEDA TACHA	Fonoaudiología	CC-52052652
NOHORA MILENA JEREZ GIRON	Medicina	CC-52902847

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo. *DAMARIS MABISOY TONGUINO* manifiesto que: *SI*

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

Damaris Mabisoy Tonguino

Nombre y Firma

Documento: CC-69023178

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 empleara 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.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra 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. 58

Fecha de entrega: 12/07/24

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

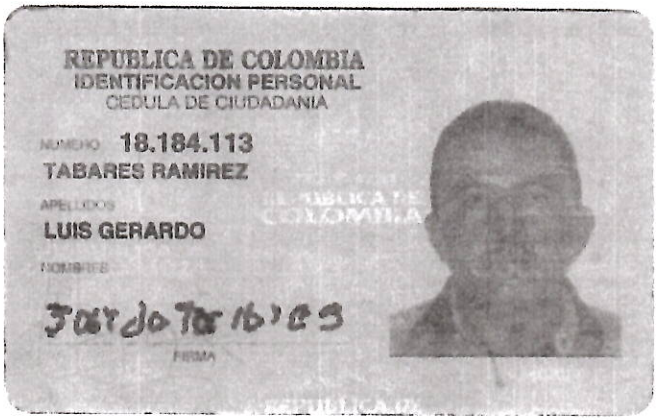
PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Luiz Gerardo Tabares **Cedula de ciudadanía** 18184713

Dirección: V/Carta Veral **Contacto:** 3202030497

Firma de quien recibe Maria Eba Toro **Cedula de ciudadanía** 69016243

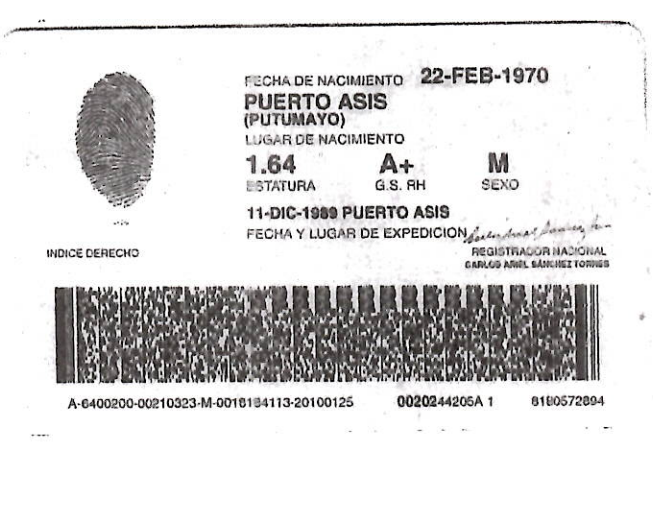
Parentesco: Esposa.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.184.113
TABARES RAMIREZ
APELLIDOS
LUIS GERARDO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1970
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
11-DIC-1989 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-6400200-00210323-M-0018184113-20100125 0020244205A 1 8180572894

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud nuestro compromiso

NOTA OPERATORIAS

DATOS PACIENTE			
No. INGRESO	131634	**FECHA INGRESO**	29/03/2024 10:15 am
No. CUENTA	142224		
PACIENTE	CC 18184113		LUIS GERARDO TABARES RAMIREZ
EDAD	54 Años		
DIRECCION	VEREDA CANABERAL PUERTO ASIS	**TELÉFONO**	3228923866 -
ENTIDAD	NIT 901021565		EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.
PLAN	EMSSANAR E.P.S SUB EVENTO PUTUMAYO		

DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
FECHA INICIO	2024-04-06 20:10	**DURACION**	**00:26 (HH:mm)**
QUIROFANO	QUIROFANO HEMODINAMIA		
TIPO CIRUGIA	**LIMPIA**		
AMBITO CIRUGIA	URGENCIA	**FINALIDAD CIRUGIA**	**TERAPEUTICO**
CIRUJANO	CHRISTIAN CAMILO BARBOSA BALAGUERA	**CIRUJANO 2**	
PERFUSIONISTA		**JEFE ASISTENTE**	GETIAL TEJADA MONICA YAMILE
ANESTESIOLOGO	JHOANY CAROLINA BRACHO URDANET	**AYUDANTE**	
INSTRUMENTADOR		**CIRCULANTE**	**ERAZO JOSSA DARLYN BRIYITH**
TIPO ANESTESIA	SEDACION		

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS		
CARGO		
876121	**DESCRIPCIÓN:** ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO	**VIA ACCESO:** 1
	PROFESIONAL: CHRISTIAN CAMILO BARBOSA BALAGUERA	
360101	**DESCRIPCIÓN:** ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA UNO O DOS VASOS	**VIA ACCESO:** 1
	PROFESIONAL: CHRISTIAN CAMILO BARBOSA BALAGUERA	
360601	**DESCRIPCIÓN:** INSERCION O IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRACORONARIO (ESPECIFICO)	**VIA ACCESO:** 1
	PROFESIONAL: CHRISTIAN CAMILO BARBOSA BALAGUERA	

DESCRIPCIONES TECNICAS QUIRURGICAS

CHRISTIAN CAMILO BARBOSA BALAGUERA

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, VERIFICACION DE PAUSA DE SEGURIDAD QUIRURGICA, COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS, SE REALIZA,

CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO CON ARTERIOGRAFIA CORONARIA COD. 876122

JUSTIFICACION:
PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA CARDIACA DE ETIOLOGIA EN ESTUDIO. FEVI 40-45% EN QUIEN SE DESEA DESCARTAR SUSTRATO ISQUEMICO DE FALLA CARDIACA POR LO QUE SE INDICO REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO. ADEMAS CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR POR HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON MAL CONTROL METABOLICO Y ENFERMEDAD RENAL CRONICA DE MOMENTO SIN REQUERIMIENTO DE HD.

PROCEDIMIENTO:
Previa asepsia y antisepsia en region radial derecha se infiltra tejido celular subcutaneo con lidocaina, se punciona arteria radial derecha y por tecnica de Seldinger se coloca introductor 6 F Con cateter TIG 5FR; se avanza a traves de una guia Hidrofilica , 1 Kit para transd, se realiza Coronariografia, Se termina procedimiento sin complicaciones. Se deja manilla de compresion radial TR-BAND.

Presion Arterial Aortica 117/74 mmHg TAM 98
CORONARIOGRAFIA:
CORONARIA IZQUIERDA:
TRONCO:

De buen calibre sin lesiones angiograficas significativas.
ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR:
Presenta una lesion del 80% en el tercio proximal que se extiende hasta el tercio medio el vaso distal de buen calibre sin lesiones.
ARTERIA CIRCUNFLEJA:
No dominante de buen calibre y longitud, sin lesiones angiograficas significativas.
ARTERIA CORONARIA DERECHA:
Vaso dominante de buen calibre y longitud sin lesiones angiograficas significativas.

Tiempo de radiacion 3.5 min
Dosis RAD 288 myG
Contraste 100 CC

IMPRESION DX:
ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA DE UN VASO PRINCIPAL: ADA EN TERCIO PROXIMAL Y MEDIO DEL 80%.

MANEJO A SEGUIR:
Paciente segun hallazgos del estudio requiere ANGIOPLASTIA de manera inmediata.

CHRISTIAN BARBOSA MD.
Reg. Med. 8576012
Cardiologia intervencionista-Hemodinamia
Anexo: CD

****
ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE UNO O DOS VASOS: 360101 INSERCION O IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRACORONARIO (ESPECIFICO) 360601

JUSTIFICACION:
ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA DE UN VASO PRINCIPAL: ADA EN TERCIO PROXIMAL Y MEDIO DEL 80%.

PROCEDIMIENTO:
Previa asepsia y antisepsia en region radial derecha se infiltra tejido celular subcutaneo con lidocaina, Por via radial derecha con cateter guia JL 3.5 5-F se canula selectivamente el ostium de la arteria coronaria izquierda, luego de multiples intentos no se logro, por lo cual se cambia a un cateter guia AL - 1S 6-F con el cual se canula el ostium de la arteria coronaria derecha resulta no exitoso, por lo que finalmente se avanza un cateter guia JL 4.0 5F se canula selectivamente el ostium de la arteria coronaria izquierda y se avanza una guia Runthrough NS FLOPPY 0.014", al extremo distal de la arteria descendente anterior y se realiza angioplastia con implante de un stent medicado ONYX TRUCOR 3.0 mm X 26 mm impactado a 18 atm en tercio proximal – medo de la ADA. Se realiza control angiografico evidenciando excelente resultado angiografico final sin lesion residual y flujo distal TIMI III. Considerandose procedimiento exitoso.

Se administraron durante procedimiento: HEPARINA SODICA 7000 UI SC, ASA 300 MG VO DOSIS UNICA, CLOPIDOGREL 600 MG VO DOSIS UNICA, ATORVASTATINA 80 MG VO DOSIS UNICA.

CONCLUSIONES:

• ANGIOPLASTIA PERCUTANEA CORONARIA CON IMPLANTE DE UN (1) STENTS MEDICADO EN TERCIO PROXIMAL - MEDIO DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR, EXITOSA.

RECOMENDACIONES
MANEJO MEDICO EN UNIDAD DE CUIDADO IINTENSIVO
Continuar control y tratamiento medico integral por Cardiologia, una vez ambulatorio requiere control por Cardiologia, anti agregacion plaquetaria con Aspirina 100mg, Clopidogrel 75 mg dia mas por 12 meses, control estricto de factores de riesgo, modificacion al estilo de vida, prevencion secundaria de enfermedad coronaria y rehabilitacion cardiaca, resto de manejo queda a cargo de medicos tratantes.

RETIRO CONTROLADO DE LA MANILLA RADIAL EN DOS HORAS.
NO DEJAR VENDAJE COMPRESIVO POR MAS DE 6 HORAS, NO MOVILIZAR EXTREMIDAD POR 6 HORAS
RETIRO DE VENDAJE EN 6 HORAS
VIGILAR AUSENCIA DE HEMATOMAS EN REGION DE PUNCION
VIGILAR AUSENCIA DE SIGNOS DE HIPOPERFUSION EN EXTREMIDAD

CHRISTIAN BARBOSA MD.
Reg. Med. 8576012
Cardiologia intervencionista-Hemodinamia
Anexo: CD

HALLAZGOS QUIRURGICOS
CHRISTIAN CAMILO BARBOSA BALAGUERA
• ANGIOPLASTIA PERCUTANEA CORONARIA CON IMPLANTE DE UN (1) STENTS MEDICADO EN TERCIO PROXIMAL - MEDIO DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR, EXITOSA.

SUMINISTRO ... DE MEDICAMENTOS (CANASTA DE CIRUGIA)					
Fecha y hora	Codigo Med.	Nombre Med.	Cantidad	Usuario Orden	Usuario Suministro
TOTAL:			**0**		

PROFESIONAL: CHRISTIAN CAMILO BARBOSA BALAGUERA
IDENTIFICACIÓN: CC - 1026257796
TARJETA PROFESIONAL: 1026257796
ESPECIALIDAD: HEMODINAMIA

VALIDE ÉSTE DOCUMENTO

Imprimió: 1099 - CHRISTIAN CAMILO BARBOSA BALAGUERA
Fecha impresión: 2024-04-06 21:07

Hospital de Alta Complejidad
del PUTUMAYO
tu salud, nuestro compromiso

RESUMEN DE EPICRISIS

PACIENTE: LUIS GERARDO TABARES RAMIREZ	**IDENTIFICACION:** CC 18184113	**HC:** 18184113 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 22/2/1970 **EDAD:** 54 AÑOS	**SEXO:** M	**TIPO AFILIADO:** SUBSIDIADO
RESIDENCIA: VEREDA VEREDA CAÑABERAL	PUTUMAYO-PUERTO ASIS	**TELEFONO:**
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**	**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 18/03/2024 09:15 AM	**FECHA EGRESO:** 19/03/2024 12:27 PM	**CAMA:** OBS18
DEPARTAMENTO INGRESO: 110102 - URGENCIAS CONSULTORIOS Y PROCEDIMIENTOS	**SERVICIO INGRESO:** URGENCIAS	
DEPARTAMENTO EGRESO: 110101 - URGENCIAS OBSERVACION	**SERVICIO EGRESO:** URGENCIAS	
CLIENTE: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.	**PLAN:** EMSSANAR E.P.S SUB EVENTO PUTUMAYO	

DATOS DEL INGRESO

- **MOTIVO CONSULTA**
  ESTOY HINCHADO

- **ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL**
  PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD, CON ANTECDNETES DE DIABETES MELLITUS TIPO II NO INSULINO REQUIRTIENTE, HIPERTESNION ARTERIAL, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 5 DIAS DE EVOLUCION DADO POR EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES Y EN CARA, ASOCIADO A DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS, NIEGA NIEGA ALZAS TERMICAS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. NIEGA UTOMEDICACION MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA- ANTECEDENTES PERSONALES: ✓ PATOLÓGICOS: DIABETES MELLITUS TIPO II NO INSULINO REQUIRTIENTE, HIPERTESNION ARTERIAL ✓ FARMACOLÓGICOS: NO TRATAMEINTO DE DIABETES, LOSARTAN 50MG DIA ✓ QUIRÚRGICOS: NIEGA ✓ HOSPITALIZACIONES: NIEGA ✓ ALÉRGICOS: NIEGA ✓ TRANSFUSIONES: NIEGA ✓ TÓXICOS: NIEGA ✓ TRAUMÁTICOS: NIEGA ✓ FAMILIARES: NIEGA ✓ INMUNIZACIONES: NIEGA ,NO APORTA CARNET

- **ANTECEDENTES PERSONALES**

GRUPO	ANTECEDENTE	OP	DETALLE

- **EXAMEN FISICO**

SISTEMA		HALLAZGO
CABEZA Y CUELLO	NORMAL	CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIN INGURGITACION YUGULAR NO SE OBSERVAN MASAS, CUELLO SIMETRICO
CARDIO PULMONAR	ANORMAL	TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS CON AGREGADOS TIPO ESTEROTRES EN BASE PULMONAR IOZQUIERDA AILADOS. , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN	NORMAL	BLANDO Y DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES
EXTREMIDADES	NORMAL	EUTROFICAS ADECUADA PERFUSION DISTAL, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, SIN EDEMA, PULSOS DISTALES PALPABLES,
GENITOURINARIO	NORMAL	SIN ALTERACIONES ESTRUCTURALES, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIRUGADOS
PIEL Y FANERAS	NORMAL	SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO	NORMAL	SIN DEFICIT SENSITIVO- MOTOR, GLASGOW 15/15,
ESTADO GENERAL	NORMAL	ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO
EXAMEN MENTAL	NORMAL	Conciencia: alerta, con orientación en sus tres esferas. Porte y actitud: adecuados. Psicomotricidad y conducta: normales. Atención: euproséxica. Lenguaje: sin alteraciones. Afectividad: eutímica. Pensamiento: lógico y coherente. Memoria: conservada.

- **REVISIÓN POR SISTEMA**

Cabeza y cuello	NIEGA
Cardio Pulmonar	NIEGA
Abdomen	NIEGA
Extremidades	NIEGA
Genitourinario	NIEGA
Piel y Faneras	NIEGA
Neurologico	NIEGA
Estado General	NIEGA
Examen Mental	NIEGA

- **ANALISIS DE INGRESO**

FECHA	DESCRIPCION
18/03/2024	PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD, CON ANTECDNETES DE DIABETES MELLITUS TIPO II NO INSULINO REQUIRTIENTE, HIPERTESNION ARTERIAL, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 5 DIAS DE EVOLUCION DADO POR EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES Y EN CARA, ASOCIADO A DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS, NIEGA NIEGA ALZAS TERMICAS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. NIEGA UTOMEDICACION MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA- PACINETE SIN ALTERACION NEUROLOGICA, CON CITAS TENSIONES EN RANGO DE HIPERTESNIOON GRADO III. TAQUICARDICOP, TOLERNADO O2 AMBIENTE NO ANGOR DENOTA EDEMA FACIAL TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS CON AGREGADOS TIPO ESTEROTRES EN BASE PULMONAR IOZQUIERDA AILADOS. , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. EDEMA EN MIMEBRO SINFERIORES GRADO 1 CON FOVEA. SE IMPRESIONA PACIENTE CURSANDO CON CRISIS HIPETRENISON TIPO URGENCIAS DE MOMENTO SE SOLICITAN PARACLINCIOS DE EXTENSIONPARA RECLASIFICAR. SE INDIC ATRATAMEINTO CON ANTIHIPERTESNIVO ORALE.S SE EXPLICA A PACINETE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

- **APOYOS DIAGNOSTICOS**

- **DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO
R601	EDEMA GENERALIZADO	IMPRESION DIAGNOSTICA	P
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	IMPRESION DIAGNOSTICA	

DATOS DE LA EVOLUCION

- **DATOS DE LA EVOLUCION**
  FECHA EVOLUCIÓN: 2024-03-18 01:08 PM

--HALLAZGO SUBJETIVO PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD, QUIEN SE EUCNETRA EN OBSERVACION BAJO CONTEXTO DE

ANASARCA
CRISIS HIPERTESNIVA TIPO EMERGENCIA
- DERRAME PLEURAL DERECHO
HTA POR HC
DM TIPO II POR HC

PACINETE QUEIN REFIERE ADECUADO ESTADO GENERAL.
--HALLAZGO OBJETIVO:
? APARIENCIA GENERAL: EDAD APARENTE DE ACUERDO CON EDAD CRONOLÓGICA.
? SIGNOS VITALES:
- FRECUENCIA CARDIACA: 98 LPM.
- FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 RPM.
- PRESIÓN ARTERIAL: 186/108 MMHG.
- TEMPERATURA: 36.8°C.
- SATURACIÓN DE OXÍGENO: 98% AIRE AMBIENTE.

CABEZA: ISOCORIA REACTIVA, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, NO SE REALIZA FUNDOSCOPIA, MUCOSA ORAL HÚMEDA.
? CUELLO: SIMÉTRICO, MÓVIL, SIN SOPLOS CAROTÍDEOS, SIN MASAS, SIN ADENOPATÍAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR A 45°.
? TÓRAX: SIMÉTRICO, EXPANSIBLE, SIN EVIDENCIA DE TIRAJES SUBCOSTALES O INTERCOSTALES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, NO EVIDENCIA DE S3 O GALOPE, RUIDOS RESPIRATORIOS AGREGADOS TIPO ESTERTORES. EN BIBASALES.
? ABDOMEN: SIN DISTENSIÓN, PERISTALSIS PRESENTE, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS, PUÑOPERCUSIÓN BILATERAL NEGATIVA.
? GENITOURINARIO: GENITALES EXTERNOS CON CONFIGURACIÓN NORMAL, MICCIÓN ESPONTÁNEA.
? EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, SIN DEFORMIDADES, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS.
? PIEL: EDEMA GEENRALIZADO.
? NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO Y LUGAR, RESPUESTAS A ESTÍMULOS VERBALES, MOVIMIENTOS OCULARES PRESENTES, SIN NISTAGMO, SIN DÉFICIT DE PARES CRANEALES, FUERZA MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES CONSERVADAS. REFLEJOS TENDINOSOS ++ / ++++ EN 4 EXTREMIDADES. ROMBERG NEGATIVO, SIN RESPUESTA PLANTAR FLEXORA, MARCHA SIN ALTERACIONES.
RX DE TORAX: EVDIENCIA RDIOMEGALIA, BORRAMIENTO DE ANGULOS COSTFRENICOS - DERRAME PLEURAL BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO.
HEMOGRAMA: LEUCO 6.64, NEUTRO 63.8% HB 12.5G/DL HTO 37.8% PLAQUETAS 262.000
GLUCOSA 116MG/DL
BUN 26 MG/DL CREATININA 1.74
PCR <5.0MG/L
ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO SINUSAL, EJE CONSERVADO, FC 100LPM, NO ISQUEMIA. NO BLOQUEOS.
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD, QUIEN SE EUCNETRA EN OBSERVACION BAJO CONTEXTO ANTES MENCIONADO AL MOMENTO DE LA REVALORACIONPACINETE SIN ALTERACION NEUROLOGICA, CON CIFRAS TENSIONELS EN RANGO DE HIPERTENSION GRADO III, EDEMA ENMIMEBRO INFERIORES GRADO I CON FOVEA. ABDOMEN GENERALIZADO. NO ANGOR. SE RECIBE REPORTE DE PARACLINICOS DE INGRESO HEMORGAMA SIN ALTERACIO EN LINEAS CELUALRES, FACTOR REACTNATE DE FASE AGUDA NEGATIVO, ELECTROCARDIOGRAMA SIN ISQUEMICA. FUNCION RENAL ALTERACION CON TFG DEL 43.5(ML/MIN/1,73 M2) APARNETE LESION RENAL AGUDA. DADO A ESTO SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS MEDICAS. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDE RY ACEPTAR.
--PLAN (DESCRIPCIÓN): OBSERVACION
DIETA HIPOSODICA HIPOGLUSIDA.
LEV HARTMAN 30 CC HORA
OMEPRAZOL 40MG IV CADA 24 HORAS.
FUROSEMIDA 60MG IV AHORA
S/S VALORACION POR URGENCIOLOGIA.
CSV AC
CUIDADOS DE ENFERMERIA
CONTROL DE SIGNOS VITALES, INFORMAR CAMBIOS
IDENTIFICAR AL PACIENTE Y SUS RIESGOS
PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
PROTOCOLO PREVENCIÒN DE CAÍDAS.
PROTOCOLO CUIDADO DE LA PIEL.
PROTOCOLO PREVENCIÒN DE INFECCIONES ASOCIADAS CON EL CUIDADO DE LA SALUD.
ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR PERMANENTE
USO DE TAPABOCAS PERMANENTE OBLIGATORIO
DISTANCIAMIENTO SOCIAL PERMANENTE
LAVADO FRECUENTE DE MANOS.
AMSAR EVENTUALIDADES
GRACIAS

FECHA EVOLUCIÓN: 2024-03-18 02:40 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO ---- MEDICINA DE URGENCIAS / SALA DE URGENCIAS ---
PUERTO ASIS
DERECHA
MOTIVO DE CONSULTA : ME FALTA EL AIRE
PACIENTE MASCULINO 54 AÑOS CUIDA EL SERVICIO DE URGENCIAS REFIERE CINCO DIAS DE EVOLUCIóN DISNEA PROGRESIVA DISCONFORT TORáCICO EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES REFIERE QUE EN LAS úLTIMAS 24 HORAS PRESENTó EXACERERVACIóN DE LA DISNEA MOTIVO POR EL CUAL LE OBLIGA A CONSULTAR EL SERVICIO DE URGENCIAS VALORADO EN REVISTA DE URGENCIAS PACIENTE TAQUIPNEICO CON PALIDEZ.

--HALLAZGO OBJETIVO: ANTECEDENTES PERSONALES:
? PATOL?GICOS: DIABETES MELLITUS TIPO II NO INSULINO REQUIRTIENTE, HIPERTESNION ARTERIAL
? FARMACOL?GICOS: NO TRATAMEINTO DE DIABETES, LOSARTAN 50MG DIA.
? QUIR?RGICOS: NIEGA
? HOSPITALIZACIONES: NIEGA.
? AL?RGICOS: NIEGA.
? TRANSFUSIONES: NIEGA.
? T?XICOS: NIEGA.
? TRAUM?TICOS: NIEGA.
? FAMILIARES: NIEGA.
? INMUNIZACIONES: NIEGA ,NO APORTA CARNE
EXAMEN FISICO:
SIGNOS VITALES TA: 125/70 PAM: 85 FC: 89 FR: 19 T: 36.5 ST: 95 % SCG: 15/15.
CABEZA CONFACIA PáLIDA MUCOSAS SEMI HúMEDAS CUELLO SIMéTRICO INGURGITACIóN YUGURAL GRADO 2 RUIDO RESPIRATORIO DISMINUIDOS RUIDOS CARDIACOS S3 ABDOMEN GLOBOSO PANICOLO ADIPOSO EXTREMIDADES SIMéTRICAS EDEMA GRADO DOS NEUROLóGICAMENTE SENSORIO CONSERVADOR.

--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): LABORATORIOS:
- ECOAGRAFIA DE TORAX: CON TRANSDUCTOR COVEX SE REALIZA INSONACION EN PUNTO DE PLAPS SE IDENTIFICA DERRAME PLEURAL BILATERAL DERECHO PARA UN VOLUMEN DE 700 IZQUIERDO PARA UN VOLUMEN DE 850 CCC, SACO PERICAR CON DERRAMé LEVE , INSONACION CARDIACA , VENTRICULO IZQUIERDO IZQUIERDO DILATADO CON TRASTORNO DE LA CONTRACTILIDAD A NIVEL DE LA PARED LIBRE DEL VENTRICULO IZQUIERDO PRESENTA FRACCIóN DE ACORTAMIENTO DEL 24% SE REALIZA A MEDIDA DEL DiáMETRO DE EXCURSIóN DE LA VáLVULA MITRAL PRESENTANDO 6 M.M COMPROMISO DE FUNCIóN SISTóLICA DE LEVE A MODERADA.
- - GLUCOSA: 116
- - FUNCION RENAL : CRET: 1.74 BUN: 26
- - PCR: 5
- - HEMOAGRAMA : LOEC : 6.64 NEU: 63 HGB: 12.5 HCT: 37.8 PLAQ: 262
- - EKG : RITMOS INSUAL DE BASE

ANALISIS:
PACIENTE MASCULINO 54 AñOS ANTECEDENTES DE HIPERTENSIóN ARTERIAL DIABETES FALLA CARDíACA INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR DISMINUCIóN PROGRESIVA EN SU CLASE FUNCIONAL VALORADO EN REVISTA DE URGENCIAS PACIENTE CON SINTOMATOLOGíA CONGESTIOTIVA A NIVEL PULMONAR Y SISTéMICO SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE BAJO GASTO CARDíACO PRESENTA PARA CLíNICOS DONDE SE DOCUMENTA COMPROMISO DE LEVE APODERADO DE LA SISTóLICA DEL VENTRíCULO IZQUIERDO DERRAME PLEURAL BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO QUE SE BENEFICIAN PARA DRENAJE SECUNDARIOS A DESCOMPENSACIóN DE FALLA CARDíACA AL MOMENTO REQUIERE MANEJO INTRA HOSPITALARIO DE PLETóN Y SEGUIMIENTO INTRAHOSPITALARIO

DIAGNOSTICOS :
1. FALLA CARDIACA IZQUIERDA STEVENSON B , NYHA CLASE III , FEVI DISMINUIDA.
1.1 SINDROME CARDIORENAL TIPO 2.
1.2 INSUFIENCIA RENAL AGUDA K DIGO 1 VS CRONICA AGUDIZADA TFG: 46 ML MN 1.73 ESTADIO III-A.
2. DIABETES TIPO2 NO DESCOMPESADA.

--PLAN (DESCRIPCIÓN): PLAN :
1. MONIOTRIZACION CONTINUA.
2. DIETA CORONARIA + RESTRICCION HIDRICA 900 CC.
3. TAPON VENOSO
4. FUROSEMIDA 40 MG IV AHOIRA CONTINUAR 20 MG IV CADA 8 HORAS.
5. CARBEDIOLOL 6.25 MG VIA ORAL CADA DIA.
6. INUYSLINA CRISTALINA 2 UI PREPRDIALES
7. OMPERAZOL 20 MG VIA ORAL DIA .
8. AMLODIPIINMO 5 MG VIA ORALDIA.
9. ATORVASTATINA 20 MG VIA ORAL DIA
10. GLUCOKETRIA CADA 8 HORAS
11. CONTROL DE LA Y LE.
12. SS TORACETESIS EVACUTORIA BILATERAL.
12. SS GLICEMIA CETRAL + GASES ARTER .
13. NUEVA VALORACION.
14. ECOAGRAFIA DETORAX URGENCIOLOGIA.

FECHA EVOLUCIÓN: 2024-03-19 05:47 AM
--HALLAZGO SUBJETIVO PACIENTE 54 AÑOS DE EDAD EN DIAGNOSTICOS :

1. FALLA CARDIACA IZQUIERDA STEVENSON B , NYHA CLASE III , FEVI DISMINUIDA.
1.1 SINDROME CARDIORENAL TIPO 2.
1.2 INSUFIENCIA RENAL AGUDA K DIGO 1 VS CRONICA AGUDIZADA TFG: 46 ML MN 1.73 ESTADIO III-A.
2. DIABETES TIPO2 NO DESCOMPESADA.

--HALLAZGO OBJETIVO: PACIENTE CON SIGNOS VITALES TA 145/78 FC 72 FR 17 SATURACION 98%
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): TORACENTESIS DIAGNOSTICA MAS DRENAJE TERAPEUTICO (DERECHO)
OBTENIENDO LIQUIDO AMARILLO CLARO (30 ML), POSTERIORMENTE SE UTILIZA TéCNICA DE SELDINGER SE INTRODUCE AGUJA HASTA QUE LA PUNTA SE LOCALIZA EN EL INTERIOR DEL LIQUIDO PLEURAL, SE PASA GUIA, DILATADORES Y POR úLTIMO SE INTRODUCE EL CATéTER, DRENANDO UN TOTAL DE 1500 ML.

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS SE ENCUENTRA A LA DE TORACENTESIS TERAPEUTICA DE LADO IZQUIERDO Y REVALORACION POR ESPECIALIDAD
--PLAN (DESCRIPCIÓN): PLAN:
1. MONIOTRIZACION CONTINUA.
2. DIETA CORONARIA + RESTRICCION HIDRICA 900 CC.
3. TAPON VENOSO
4. FUROSEMIDA 40 MG IV AHOIRA CONTINUAR 20 MG IV CADA 8 HORAS.
5. CARBEDIOLOL 6.25 MG VIA ORAL CADA DIA.
6. INUYSLINA CRISTALINA 2 UI PREPRDIALES
7. OMPERAZOL 20 MG VIA ORAL DIA .
8. AMLODIPIINMO 5 MG VIA ORALDIA.
9. ATORVASTATINA 20 MG VIA ORAL DIA
10.PENDIENTE TORACENTESIS IZQUIERDA
11. SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD DE URGENCIOLOGIA

FECHA EVOLUCIÓN: 2024-03-19 10:02 AM
--HALLAZGO SUBJETIVO --- MEDICINA DE URGENCIAS / SALA DE URGENCIAS --

PACIENTE MASCULINO DE 54 AñOS PRESENTA DIAGNTOICOS DE :

1. FALLA CARDIACA IZQUIERDA STEVENSON B , NYHA CLASE III , FEVI DISMINUIDA.
1.1 SINDROME CARDIORENAL TIPO 2.
1.2 INSUFIENCIA RENAL AGUDA K DIGO 1 VS CRONICA AGUDIZADA TFG: 46 ML MN 1.73 ESTADIO III-A.
2. DIABETES TIPO2 NO DESCOMPESADA.
--HALLAZGO OBJETIVO: LABORATORIOS:
- - GLUCOSA: 116
- - FUNCION RENAL : CRET: 1.74 BUN: 26
- - PCR: 5
- - HEMOAGRAMA : LOEC : 6.64 NEU: 63 HGB: 12.5 HCT: 37.8 PLAQ: 262
- - EKG : RITMOS INSUAL DE BASE

--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE MASCULINO 54 AñOS CONTEXTO DE FALLA CARDíACA DESCOMPENSADA SíNTOMAS CONGESTIVOS SISTéMICOS PULMONARES SIN COMPROMISO HEMODINáMICO SE HA MANEJADO CON MANEJO DE PLETOR PRESENTANDO BUENA EVOLUCIóN CLíNICA PRESENTO INDICACIóN DECENTESIS EVACUATORIAS POR VOLúMENES SUPERIORES A 360 BILATERALES AL MOMENTO EN PLAN DE REALIZAR IZQUIERDA AL NO PRESENTAR COMPLICACIONES Y CONTINUARá CON PLAN DE EGRESO Y TRATAMIENTO PARA FALLA CARDIACA CON SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR PARTE DE CARDIOLOGíA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR
--PLAN (DESCRIPCIÓN):
ALTA MEDICA

FORMULA MEDICA
FUROSEMIDA 40 MG VO CADA 24 HORAS.
CARVEDIOLOL 6.25 MG VIA ORAL CADA DIA.
INUYSLINA CRISTALINA 2 UI PREPRDIALES
OMPERAZOL 20 MG VIA ORAL DIA .
AMLODIPIINMO 5 MG VIA ORALDIA.
ATORVASTATINA 20 MG VIA ORAL DIA
LORARTAN 50MG VO CADA 12 HORAS

- **MEDICAMENTOS**

DATOS DEL EGRESO

- **PLAN DE SEGUIMIENTO**
PLAN: ALTA MEDICA FORMULA MEDICA FUROSEMIDA 40 MG VO CADA 24 HORAS. CARVEDIOLOL 6.25 MG VIA ORAL CADA DIA. INSULINA CRISTALINA 2 UI PREPRDIALES OMPERAZOL 20 MG VIA ORAL DIA . AMLODIPIINMO 5 MG VIA ORALDIA. ATORVASTATINA 20 MG VIA ORAL DIA LOSARTAN 50MG VO CADA 12 HORAS

- **CAUSA DE SALIDA**
TIPO CAUSA : ORDEN MEDICA

PROFESIONAL : DAVID FERNANDO SALAS
CC - 1085293539 - T.P 1085293539
ESPECIALIDAD - MEDICINA GENERAL

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
la salud, nuestro compromiso

RECOMENDACIONES MÉDICAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	LUIS GERARDO TABARES RAMIREZ	**IDENTIFICACIÓN**	CC 18184113
HISTORIAL CLINICA	18184113 - CC	**FECHA DE NACIMIENTO**	22/2/1970
EDAD	54 Años	**SEXO**	M
TELEFONO		**RESIDENCIA**	VEREDA CANABERAL PUERTO ASIS, PUTUMAYO-PUERTO ASIS
CLIENTE	EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.	**PLAN**	EMSSANAR E.P.S SUB EVENTO PUTUMAYO
TIPO AFILIADO	SUBSIDIADO	**SERVICIO**	HOSPITALARIO
DEPARTAMENTO	110302 - HOSPITALIZACION BLOQUE 2	**CAMA**	OBS11
FECHA DE INGRESO	29/03/2024 10:15 AM	**FECHA DE EGRESO**	

EVOLUCIÓN:	3156710	**FECHA:**	08/04/2024	**TIPO DE ATENCIÓN:**	EGRESO

RECOMENDACIONES

- Verifique antes de salir de la clinica que tenga epicrisis y formula medica.
- Siga las recomendaciones instauradas por el personal medico.
- Tome correctamente los medicamentos que le formulo el medico.
- Asista a los controles de laboratorio clinico, imagenes diagnosticas, entre otros si le fueron solicitados.
- Lave sus manos frecuentemente con agua y jabon antes y despues de ingerir alimentos, toser, estornudar o utilizar el bano.
- Si se da el egreso con WARFARINA pregunte cuando tiene el control de tiempos de coagulacion.
- Restrinja la visita o contacto con familiares o amigos que presenten gripa o sufran alguna enfermedad que afecte su estado de salud debe evite tener visita o contacto con ellos.
- Una adecuada recuperacion depende del cumplimiento de las recomendaciones dadas.
- No se automedique.
- Solicite la cita de control por consulta externa cuando son expedidas por el medico tratante.
- Menores de 5 anos deben regresar siempre por urgencias a las 48 horas de egreso para control.
- Si presenta dolor, fiebre, vomito, inapetencia, sangrado, o en general deterioro de su estado de salud debe consultar nuevamente al servicio de urgencias.
- Seguir el regimen alimentario establecido.
- Consumir tres comidas principales y dos refrigerios al dia.
- No omitir ninguna comida y evitar ayunos prolongados.
- Incremente el consumo de frutas y verduras.
- Coma despacio y mastique bien los alimentos.
- Consumir 6-8 vasos de agua al dia.
- Realizar actividad fisica de 30-60minutos al dia.
- Suministrar leche materna a libre demanda.
- Baje de Peso
- Eleve un extremo de la cama como se muestra en el grafico
- Descanse c/2 horas por 15 minutos con los pies elevados.
- Use medias elasticas; usar la media durante toda la mañana y la tarde hasta las 6:00 p.m.
- Aplique aceite de almendras o cualquier crema hidratante en las noches antes de acostarse
- Evitar usar zapatos de tacon alto, se usa el uso de hasta 5 cm de tacon.
- No use ropa ajustada como fajas, cinturones, ropa interior.
- En viajes largos por carretera, levantarse cada hora y caminar, se recomienda mover los pies y dedos de los pies frecuente.
- Procure realizar los sgtes ejercicios 1 Bicicleta Estatica 2 Caminar procurar usar las medias elasticas, durante este ejercicio. 3 Realice ejercicios en el agua. 4 Estiramiento en punta de pie y punta talon.
- Evitar golpearse

RECOMENDACIONES ADICIONALES

RECOMENDACIONES GENERALES: -EXIGIR LA ENTREGA OPORTUNA DE MEDICAMENTOS POR LA EPS E INICIAR EN FORMA TEMPRANA SU ADMINISTRACION - ASISTIR A CITAS MÉDICAS CONTROL - EVITAR EXPOSICIÓN AL HUMO DE LEÑA, AL HUMO DEL CIGARRILLO, AL POLVO - USO DE TAPABOCAS - NO ASISTIR A AGLOMERACIONES - LAVADO DE MANOS FRECUENTE SIGNOS DE ALARMA, SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA REGRESAR DE INMEDIATO: - FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS CENTÍGRADOS QUE NO CEDA A LA ANALGESIA - CEFALEA INTENSA QUE NO CEDA A LA ANALGESIA - VÉRTIGO -DOLOR DEL PECHO - MAREO - IRRITABILIDAD - DIFICULTAD PARA RESPIRAR - SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE O AHOGO - SOMNOLENCIA - VÓMITO ABUNDANTE - CONVULSIONES - VISIÓN BORROSA - DESORIENTACIÓN - AGITACIÓN - RETENCIÓN URINARIA



PROFESIONAL: SEGUNDO ALBERTO POLO REYNOLDS
CC - 98429505 - **T.P** 98429505
ESPECIALIDAD - MEDICINA INTERNA

Imprimió: SEGUNDO ALBERTO POLO REYNOLDS - ALBERTO.POLO

Fecha Impresión: 2024/4/8 - 12:45:46

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. 59

Fecha de entrega: 16/07/2024

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: Gerardo Erlindo Vallejos **Cedula de ciudadanía** 18709683

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

Firma de quien recibe Miller **Cedula de ciudadanía** 1123044655

Parentesco: YERNO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
18109683
NUMERO
VALLEJOS
APELLIDOS
GERARDO ERLINDO
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1954
LA LLANADA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-DIC-1981 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-6400200-70109930-M-0018109683-20030311 01004 03069A 02 117876511

CORPOSALUD SAS CLINICA DE ESPECIALIDADES Te cuidamos de corazón	CORPORACION PARA LA SALUD INTEGRAL SAS
	CARRERA 32 17 32 BARRIO MARIDIAZ - 7336700
	Nit 900335692-1
	HISTORIA CLINICA AMBULATORIO

No. H. C.	CC18109683 - 889625 - 150220	Fecha Ingreso	20/05/2021 13:33	Fecha Egreso	

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	VALLEJOS GERARDO ERLINDO	**DOC. ID.**	**CC18109683**
LUGAR NAC.	PUERTO ASIS	**FEC. NAC.**	24/04/1954
E. CIVIL	SOLTERO (A)	**EDAD**	67 Años
OCUPACIÓN	Ocupaciones elementales no clasificadas bajo otros epígrafes	**SEXO**	MASCULINO
CIUDAD	PUERTO ASIS	**BARRIO**	OTROS (Urbana)
DIRECCIÓN RESIDENCIA	R	**TELÉFONO**	3204973790
ESTRATO		**GS -- RH**	A+
ACUDIENTE	ELVIA NORALBA VALLEJO - CC00	**TELÉFONO**	3223234442
PARENTESCO	HIJO (A)	**REGIMEN**	SUBSIDIADO
EMPRESA	EMSSANAR SAS		
ETNIA	MESTIZO	**G. POBLACIONAL**	Otro grupo poblacional
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	**EPS**	EMSSANAR SAS
DISCAPACIDAD	NINGUNO	**ORIENTACION SEXUAL**	

MOTIVO CONSULTA	CONTROL
ENFERMEDAD ACTUAL	ANTECEDENTE DE LAMINECTOMIA MAS ARTRODESIS DORSOLUMBAR (19-03-2021) AL MOMENTO SE ENCUENTRA CON SONDA VESICAL, Y PAñAL DESECHABLE PERMANENTE . AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN SILLA DE RUEDAS

HALLAZGOS REVISION POR SISTEMAS

1. RESPIRATORIO : Normal	7. PIEL Y ANEXOS : Normal
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal	8. OSTEOMUSCULAR : Normal
3. CARDIOVASCULAR : Normal	9. ENDOCRINO : Normal
4. GASTROINTESTINAL : Normal	10. PSICOSOCIAL : Normal
5. GENITOURINARIO : Normal	11. LINFÁTICO : Normal
6. NEUROLÓGICO : Normal	12. OTRO : Normal

TIPO	DESCRIPCIÓN ANTECEDENTES
QUIRURGICOS	NO REFIERE 17/03/2021
QUIRURGICOS	NO REFIERE 19/03/2021
QUIRURGICOS	LAMINECTOMIA 19/03 20/03/2021
QUIRURGICOS	LAMINECTOMIA 19/03 06/04/2021
FAMILIARES	Negativo
FARMACOLOGICOS	NO REFIERE 17/03/2021
FARMACOLOGICOS	NO RECUERDA 19/03/2021
FARMACOLOGICOS	FORMULA DE LA UCI 20/03/2021
FARMACOLOGICOS	FORMULA DE LA UCI 06/04/2021
ALERGICOS	NO REFIERE 17/03/2021
ALERGICOS	NO CONOCIDOS 19/03/2021
ALERGICOS	NO CONOCIDOS 06/04/2021
PATOLOGICOS	NO REFIERE 17/03/2021
PATOLOGICOS	HTA, ANEMIA Y TROMBOCITOPENIA 19/03/2021
PATOLOGICOS	HTA, ANEMIA Y TROMBOCITOPENIA 20/03/2021
PATOLOGICOS	HTA, ANEMIA Y TROMBOCITOPENIA 06/04/2021
TOXICOS	CONSUMO DE ALCOHOL OCASIONAL 19/03/2021
TOXICOS	CONSUMO DE ALCOHOL OCASIONAL 20/03/2021
GINECOLOGICOS	Negativo
NEUROLOGICOS	Negativo
PSIQUIATRICOS	Negativo
SEXUALES	Negativo
OCUPACIONALES	Negativo

ANTECEDENTES PROSTATA, PLANIFICACION FAMILIAR E ITS

Planificación	NO	**Método**						**Suspendido**	NO	**Fecha**	
Enfermedad transmisión sexual		NO	**Cuales**								
Tamizaje Próstata	NO	**PSA**	NO	**Fecha**		**Resultado**					
Tacto Rectal	NO	**Fecha**				**Resultado**	NORMAL				

T. A	150/90	**PULSO**	90	**F. RES.**	20	**T°**	36.3	**PESO**	111	**TALLA**	111	**PC**		**SP02**	96	**IMC**	90.09	**RCV**	
SINTOMATICO RESPIRATORIO			**NO**			**SINTOMATICO DE PIEL**			NO	**SSNP**			PAM				110		

HALLAZGOS EXAMEN FISICO

1. CABEZA : Normal	11. ABDOMEN : Normal
2. OJOS : Normal	12. PELVIS : Normal
3. OIDOS : Normal	13. TACTO RECTAL : Normal
4. NARIZ : Normal	14. GENITOURINARIO : SE ENCUENTRA CON SONDA VESICAL A PERMANENCIA
5. BOCA : Normal	15. EXTREMIDADES SUP : Normal
6. GARGANTA : Normal	16. EXTREMIDADES INF : Normal
7. CUELLO : Normal	17. ESPALDA : Normal
8. TORAX : Normal	18. PIEL : Normal
9. CORAZÓN : Normal	19. ENDOCRINO : Normal
10. PULMÓN : Normal	20. SISTEMA NERVIOSO : PCTE EN SILLA DE RUEDAS . PARAPLEJIA

EVALUACION PARACLINICOS	HALLAZGOS : FX DE CUERPO VERTEBRAL T12
DX PRINCIPAL	G820 - PARAPLEJIA FLACIDA
TIPO DX	CONFIRMADO REPETIDO
CAUSA EXTERNA	13 - ENFERMEDAD GENERAL

DX CLINICO	POP LAMINECTOMIA MAS ARTRODESIS - PARAPLEJIA
ANALISIS Y PLAN	.ANTECEDENTE DE LAMINECTOMIA MAS ARTRODESIS DORSOLUMBAR (19-03-2021) AL MOMENTO SE ENCUENTRA CON SONDA VESICAL, Y PAñAL DESECHABLE PERMANENTE . AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN SILLA DE RUEDAS HALLAZGOS : FX DE CUERPO VERTEBRAL T12 SE INDICA CONTINUAR CON TERAPIA FISICA 90 CONTROL EN 3 MESES PAñALES 270 3 POR DIA POR 90 DIAS ACETAMINOFEN AMITRIPTILINA EN LA NOCHE CONTROL EN 3 MESES PACIENTE PARAPLEJICO REQUERIE SILLA DE RUEDAS PARA MOVILIZACION, DIARIA Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

SOLICITUDES

CÓDIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CAN	PERSONAL
890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGI	20/05/2021 13:39	1	MADROÑERO PAZ JAQUELINE
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	20/05/2021 13:39	90	MADROÑERO PAZ JAQUELINE
C890108	SILLAS DE RUEDAS	20/05/2021 13:44	1	MADROÑERO PAZ JAQUELINE

FORMULAS MEDICAS

CÓDIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CAN	PERSONAL
1	acetaMINOFEN 500 MG TABLETA Dosis: 1 Cada 6 Horas	20/05/2021 13:38	30	MADROÑERO PAZ JAQUELINE
1680	PAÑALES TENA SLIP TALLA L UNIDAD Dosis:	20/05/2021 13:38	270	MADROÑERO PAZ JAQUELINE
57	AMITRIPTIlina 25 MG TABLETA Dosis: 1 Cada 24 Horas	20/05/2021 13:38	90	MADROÑERO PAZ JAQUELINE

Dr(a). MADROÑERO PAZ JAQUELINE

REGISTRO NO.	17196	Esp. NEUROCIRUGIA	Imprime: MADROÑERO30

Dra. Jaqueline Madroñero P.
NEUROCIRUGIA
R.M. 17196

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 16/07/2024

Ficha: 86568036522800000110

A2

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GERARDO ERLINDO

Apellidos: VALLEJOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 18109683

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2021

Última actualización ciudadano: 09/09/2021

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**



"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LAURA DEL MAR BENAVIDES LEGARI

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. 60

Fecha de entrega: 16/07/2024

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: Jostin Damian Agudelo Paz **Cedula de ciudadanía** TI: 1123374229

Dirección: V/ La playa **Contacto:** 3209257344

Firma de quien recibe Luz Marina Paz. **Cedula de ciudadanía** 1123306751

Parentesco: Mamá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.123.314.229**

AGUDELO PAZ

APELLIDOS

JOSTIN DAMIAN

NOMBRES

Jostin Agudelo Paz

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-NOV-2014**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

18-NOV-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G.S. RH

M SEXO

12-ENE-2022 PUERTO ASIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-6400200-01276898-M-1123314229-20220119 0077885635A 1 8503813828

[redacted] Y PARALISIS FACIAL DERECHA, SIN DETERIORO, ALERTA, GLASGOW 15/15, NO PRESENTA SIGNOS DE [redacted] ENSIÓN ENDOCRANEANA

Diagnósticos (Incluir los presuntivos, confirmados y relacionados)

G819 HEMIPLEJIA NO ESPECIFICADA
C710 TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO EXCEPTO LOBULOS Y VENTRICULOS
IDX:
-TUMOR DE FOSA POSTERIOR
--GLIOMA PROBABLE
-SOBREPESO

Conducta (Incluye la solucitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo)

MEDIDAS DE PROTECCIÓN ESTANDAR
HABITACIÓN UNIPERSONAL
DIETA NORMAL
DEXAMETASONA
ESOMEPRAZOL
CONTROL DE SIGNOS VITALES
SEGUIMIENTO POR ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

EVOLUCION

Resumen de Evolución (Incluir complicaciones, accidentes y otros eventos surgidos durante la estancia)

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN HEMIPARESIA DERECHA, QUE SE HA INCREMENTADO Y CAUSADO LIMITACION EN LA MARCHA, SI COMO DOLOR EN EXTEMIDADES, CEFALEA OCASIONAL, CUADRO QUE SE EXACERBA NE LA ULTIMA SEMANA, POR LO CUAL CONSULTA EN CENTRO DE SALUD DE PUTUMAYO EN DOINDE SE REALIZAN ESTUDIOS CON RNM CEREBRAL DE 16/01/2024: MASA EXPANSIVA LEVEMENTE HETEROGENEA HIPOINTENSA EN T1 , HIPERINTENSA EN SECUENCIAS CON INFORMACION T2 , MASA NEOPLASICA LOCALIZADA EN PROTUBERANCIA QUE SUGIERE POSIBILIDAD DE DIAGNOSTICO GLIOMA DIFUSO RESONANCIA DE COLUMNA TORACICA : MEDULA ESPINAL TIENE ESPESOR E INTENSIDAD DE SEÑAL NORMAL CON LIGERA PROMINENCIA DEL CANAL EPENDIMARIO, PACIENTE CON ALTO RIESGO DE DETERIOOR NEUROLOGICO, POR LO QUE SE DECIDE TRASLADO A CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO, SE SOLICITAN LABORATORIOS, SE INICIA DEXAMETASONA, SE REALIZA VALORACIÓN POR PARTE DE ONCOLOGÍA, SE REVISA RNM CON EVIDENCIA DE GRAN MASA EN PROTUBERANCIA QUE COMPRIME ESTRUCTURAS, SE VALORA POR NEUROCIRUGÍA QUIEN NO CONSIDERA POR AHORA MANEJO QUIRÚRGICO, SE INDICA RADIOTERAPIA Y POSTERIORMENTE INICIO DE TEMOZOLAMIDA, SE INDICA TRASLADO A CUIDADO BÁSICO.
INGRESA JOSTIN A CUIDADO BÁSICO, SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO EN CONDICIÓN ACEPTABLE, NO CURSA CON DETERIORO CLÍNICO NI MAYOR ALTERACIÓN NEUROLÓGICA, MANTIENE BUEN PATRON RESPIRATORIO, ACEPTA ALIMENTACIÓN, NO EPISODIOS DE VÓMITO; TIENE PENDIENTE VALORACIÓN POR RADIOTERAPIA, POSTERIORMENTE INICIO DE TEMOZOLAMIDA, POR AHORA ANTE ESTABILIDAD NO SE MODIFICA CONDUCTA, SE EXPLICA A LA MADRE, SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA.

SE HACE REUNIÓN INFORMATIVA CON LA MAMÁ, NEUROCIRUGIA DR PORFIRIO MUÑOZ Y ONCOLOGIA PEDIATRICA SE LE EXPLCA EL CUADRO CLINICO A LA MAMA , EL PLAN DE TTO , EL PRONOSTICO , SE LE EXPLICA QUUE NO ES OPERABEL PIOR SU LOCALIZACION , Y QUE EL TTO ES CON INTENCION PALIATIVA CON RADIOETYRAPIA Y TEMIOZOLAMIDA ORAL 100 MG DIA CONCOMITANTE CON LA RADIOETRAPIA, SE ACLARAN DUDAS ESTA PTE TRAMITE DE RADIOTERAPIA VALORACION POR PSOCOLOGIA TRANAJO SOCIAL.
JOSTIN SE ENCUENTRA EN CONDICIÓN ACEPTABLE, NO ASOCIA MAYOR ALTERACIÓN NEUROLÓGICA, ESTÁ DESPIERTO Y TRANQUILO, MEJORÍA DE FUERZA MUSCULAR, CAMINA Y JUEGA SIN COMPLICACIÓN, NO ASOCIA DETERIORO CLÍNICO, SE MANTIENE AFEBRIL, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, ACEPTA BIEN ALIMENTACIÓN, POR EL MOMENTO ANTE ESTABILIDAD NO SE MODIFICA CONDUCTA, SE CONTINUA TEMODAL, SE ESPERA AUTORIZACIÓN PARA VALORACIÓN POR RADIOTERAPIA.
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE TUMOR DE TALLO CEREBRAL (PROTUBERANCIA), HEMIPARESIA SECUNDARIA, ACTUALMENTE ASINTOMÁTICO NO DOLOR, SE EVALÚA SÍNTOMAS ANTICIPATORIOS, REFIERE NAUSEAS OCASIONAL AYER, HOY NO, TOLERA ADECUADAMENTE VÍA ORAL, EN MANEJO CON INTENCIÓN PALIATIVA QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA, YA INICIO QUIMIOTERAPIA ORAL, PENDIENTE TRAMITE PARA VALORACIÓN POR RADIOTERAPIA. PADRASTRO DE PACIENTE MANIFIESTA QUE EL DÍA SÁBADO MADRE Y ÉL FUERON INFORMADOS POR ONCOLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO. PACIENTE MANIFIESTA INTERÉS DE
CONTINUAR PROCESO DE ESCOLARIZACIÓN, SE INFORMA A DOCENTE DE AULA. SE EXPLICA OBJETIVOS Y ALCANCE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS, SE CONTINUARÁ INTEGRACIÓN CON EQUIPO TRATANTE PARA SEGUIMIENTO DEL PACIENTE Y FAMILIA.
TERAPIA FISICA PARA EVITAR DESACONDICIONAMIENTO. SEGUIMIENTO CUIDADO PALIATIVO PRIMARIO.
JOSTIN SE ENCUENTRA EN CONDICIÓN ACEPTABLE, ESTÁ DESPIERTO Y TRANQUILO, SE ENCUENTRA EN CUIDADO PALIATIVO PRIMARIO DEBIDO A QUE PATOLOGIA DE BASE ES INOPERABLE. PACIENTE Y FAMILIARES CUENTAN CON APOYO POR PARTE DE

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. 61

Fecha de entrega: 16/07/2024

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: Segundo Laureano Salazar **Cedula de ciudadanía** 18709300

Dirección: V/Peña Zora **Contacto:** 3203056708

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

Parentesco: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.109.300**

SALAZAR NARVAEZ

APELLIDOS

SEGUNDO LAUREANO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-MAR-1958**

SAMANIEGO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

24-ABR-1981 PUERTO ASIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-6400200-00155572-M-0018109300-20090505 0011210250A 1 8190006278

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
SEGUNDO	LAUREANO	SALAZAR	NARVAEZ

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	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X				

Número de documento de identidad: 18109300

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	10	20

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	4.17
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	62.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b298.2 b715.2 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.272 s770.272 s798.272

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4501.4 d879.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesion	Tipo y Numero de Identificacion
LEIDY NATALIA ERAZO HERNANDEZ	Medicina	CC 1123366021
YADDY LIZETH ACOSTA DAVID	Enfermiena	CC 69022861
FREYDE NASARIO ROSERO CEBALLOS	Psicologia	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.

Scanned with ACE Scanner

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. 62

Fecha de entrega: 16/07/2024

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

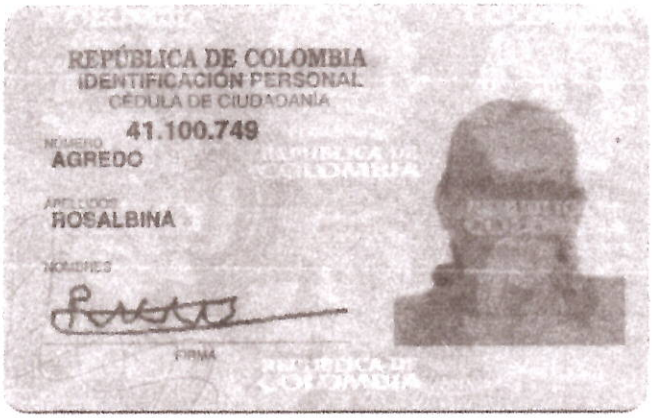
PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Rosabina Agredo **Cedula de ciudadanía** 41.100.749

Dirección: B/ Los Lagos **Contacto:** 3209165320

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

Parentesco: _____


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
41.100.749
NÚMERO
AGREDO
APELLIDOS
ROSALBINA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1953
PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
04-ABR-1975 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-8400200-01132114-F-0041100749-20200213
0070095537A 1
8105852245

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
ROSALBINA		AGREDO	

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
PUTUMAYO	PUERTO ASIS

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: 41100749

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	8	24

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				

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	16.67
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	62.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.2 b715.2 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s7508.271

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 d7702.4 d879.3

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.