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. 63

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: Mery stella Sapuy **Cedula de ciudadanía** 69020642

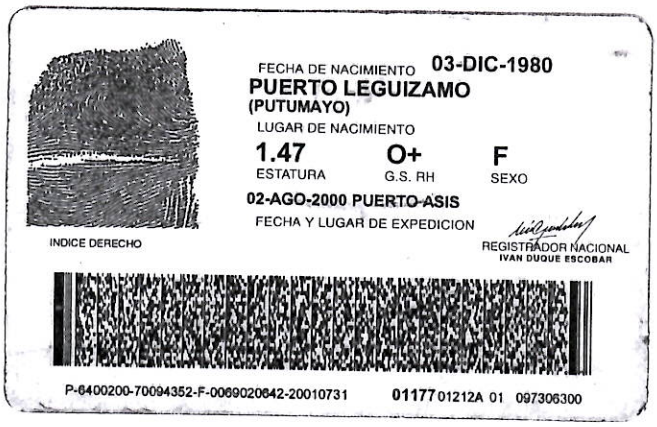
Dirección: V/ la danta **Contacto:** 3209789259

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

Parentesco: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 69020642
SAPUY REINA
APELLIDOS
MERY STELLY
NOMBRES
MERY STELLY SAPUY R.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-1980
PUERTO LEGUIZAMO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.47 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
02-AGO-2000 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO

P-6400200-70094352-F-0069020642-20010731 01177 01212A 01 097306300

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
MERY	STELLY	SAPUY	REINA
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: 69020642

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	5	30

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		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	0.00
Movilidad	40.00
Cuidado Personal	6.25
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	46.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.3 b220.3 b229.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s2201.373 s2208.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 d4602.3 d640.3

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. 64

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
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: Cian Sebastian Murillo **Cedula de ciudadanía** RC. 1080711075

Dirección: B/ El trebol **Contacto:** 3203906982

Firma de quien recibe Aura Lilia Ortiz **Cedula de ciudadanía** 1123202893

Parentesco: Madre

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1080711075

Indicativo Serial 62301597

62301597

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** L 2 V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - NARIÑO - PASTO NOTARIA 2 PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MURILLO	ORTIZ

Nombre(s)
LIAN SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes SEP Día 16	MASCULINO	B	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)
COLOMBIA - PUTUMAYO - PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	53692008-7

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
ORTIZ HERNANDEZ AURA LILIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1123202893	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
MURILLO MARTINEZ SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1107036479	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MURILLO MARTINEZ SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1107036479	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes OCT Día 23	DANNY RICARDO HUERTAS CAÑIZARES (E) Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	DANNY RICARDO HUERTAS CAÑIZARES (E) Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

QUE EL PRESENTE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO ES COPIA FIEL Y EXACTA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE PASTO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970, A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

PASTO 23 OCT. 2023

- PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -

Cadena s.a.

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
LIAN	SEBASTIAN	MURILLO	ORTIZ

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: 1080711075

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	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.3 b189.3 b798.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d131.3 d410.4 d415.4

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. 65

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
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: Maria del Carmen Papa **Cedula de ciudadanía** 27357012

Dirección: B/ Caña veral **Contacto:** 3224058821

Firma de quien recibe Dora Nancy Papa **Cedula de ciudadanía** 69016127

Parentesco: Hija

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.357.012



PAPA MUCHACHASOY
APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1939

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.40 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

03-SEP-1965 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-6400200-70135310-F-0027357012-20050523 01460 05143C 02 145095171

HISTORIA CLINICA

Identificación: CC 27357012

Nombre: MARIA DEL CARMEN PAPA MUCHACHASOY

Profesional: MAGALI BETANCOURT FAJARDO Registro Médico: 8654503 Especialidad: MEDICINA INTERNA

Fecha Atención: 2024-02-27 18:18:19

Sede: CLINICA DE LA AMAZONIA SEDE PUERTO ASIS

Nombre: MARIA DEL CARMEN PAPA MUCHACHASOY	Identificación: CC - 27357012	Sexo: F	Edad: 84 años 6 meses 10 días
Fecha Nacimiento: 1939-08-17	Ocupación:		
Dirección: BARRIO LUIS CARLOS GALAN	Teléfono: 3224058821	Ciudad Residencia: PUERTO ASIS	
Régimen: Subsidiado			
Convenio: EVENTO EMSSANAR SUBSIDIADO			
Asegurador: ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARINO - EMSSANAR E.S.S.			
Rango: RANGO 1	Estado Civil: Soltero (a)	Discapacidad: Física	
Etnia: Sin Pertenencia Etnica	Religión: Religion	Población: Ninguna	
Acompañante:	Parentesco:	Teléfono:	
Responsable:	Parentesco:	Teléfono:	

DATOS ATENCION	
Motivo Consulta:	PRIMERA VEZ
Enfermedad Actual:	PACIENTE DE 85 AÑOS CON ANTEC DE ACV SECUELAR CON HEMIPLEJIA IZQUIERDA + INCONTINENCIA FECAL URINARIA CON REQUERIMIENTO DE PAÑALES DESECHABLES PARA CAMBIO DIARIO , PARA LO CUAL ESTA AL CUIDADO DE TERCERAS PERSONAL PARA EL CUAL SE ENCUENTRA EN POSTRACION , ACUDE PARA SOLICITUD DEL REQUERIMIENTO .. ADEMAS CON EPILEPSIA SECUNDARSIA EN TTO CON FENITOINA SODICA 1 TAB DIA, MAS LEVETIRACETAM 500 MG DIA: NO HA PRESENTADO FIENRE, NO0 SINTOMAS URINARIOS , NO SINTOMAS ACARDIOVASCULARERS, ACUDE HIJA YA QUE NO PUEDE TRAER A LA MADRE POR DIFICIL TRANSPORTE. SE REALIZA MIPRES DE PAÑALES, NUMERO DE MIPRES 20240227173038014801

ALERGIAS	
Descripción:	No indica presentar alergias

ANTECEDENTES TRAUMATOLOGICOS	
Descripción:	No indica presentar Antecedentes traumatológicos

ANTECEDENTES QUIRURGICO	
Descripción:	No indica presentar Antecedentes Quirúrgicos

EXAMEN SISTEMA FISICO	
Cabeza	Normal
Cara	Normal
Nariz y Senos Paranasales	Normal
Oidos	Normal
Cavidad Oral	Normal
Cuello	Normal
Respiratorio	Normal
Cardiovascular	Normal
Mamas	Normal
Gastro Intestinal	Normal
Genito Urinario	Normal
Musculo Esqueletico	Normal
Sistema Nervioso	Normal
Hematopoyetico	Normal
Endocrino	Normal
Piel	Normal

HISTORIA CLINICA

Identificación: CC 27357012

Nombre: MARIA DEL CARMEN PAPA MUCHACHASOY

Profesional: MAGALI BETANCOURT FAJARDO Registro Médico: 8654503 Especialidad: MEDICINA INTERNA

Fecha Atención: 2024-02-27 18:18:19

Sede: CLINICA DE LA AMAZONIA SEDE PUERTO ASIS

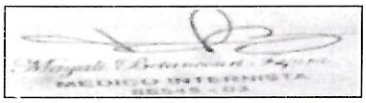
Descripción:	Sin ordenamiento Apoyo diagnóstico

SOLICITUDES APOYO DIAGNOSTICO (EPS)		
Código	890366	
Nombre	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	
Cantidad	1	
Nota	EN 3 MESES	

MEDICAMENTOS	
Descripción:	Sin ordenamiento Medicamentos

SOLICITUDES MEDICAMENTOS (EPS)					
ID: 50706	Nombre: LEVETIRACETAM TABLETA 500 MG				Presentación TABLETA
Dosis: 1	Horas: 24	Cantidad: 90	Días: 90	Indicaciones:	
ID: 50624	Nombre: FENITOINA SODICA TABLETA O CAPSULA 100 MG				Presentación TABLETA O CAPSULA
Dosis: 1	Horas: 24	Cantidad: 90	Días: 90	Indicaciones:	

RECOMENDACIONES
Descripción:



PROFESIONAL: MAGALI BETANCOURT FAJARDO
Registro Médico: 8654503

Firmada Electronicamente Ley 527 de 1999 Articulo 2

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. 66

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

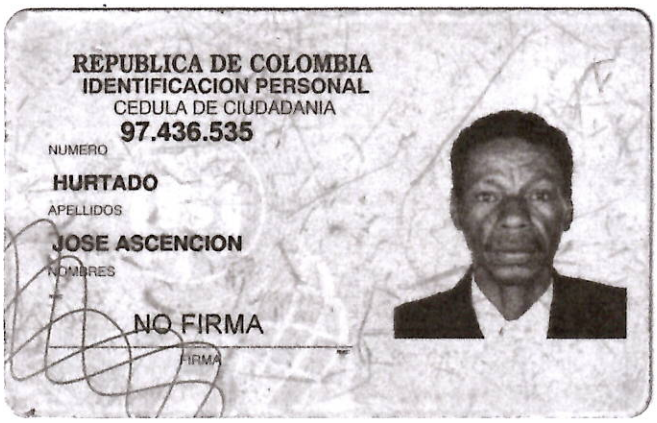
PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Jose Ascencio Hurtado **Cedula de ciudadanía** 9 1436535

Dirección: B/ San Fernando **Contacto:** 3123366375

Firma de quien recibe Jesica Obando **Cedula de ciudadanía** 1123206290

Parentesco: Hijo



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
97.436.535
NUMERO

HURTADO
APELLIDOS

JOSE ASCENCION
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1954
CUMBITARA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

08-OCT-2002 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-0400200-70113974-M-0097436535-20040207 03344 04037B 02 122403120

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

Código Plantilla:391
Fecha Historia:18/06/2024 14:22
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 18/06/2024 14:22
Documento y Nombre del Paciente: CC 97436535 JOSE ASCENCION HURTADO
Administradora: NUEVA EPS Convenio: NIVELII Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 97436535 Cons. Historia: 5704190
Atención: Ambulatorio

PLANTILLA
HISTORIA CLINICA CIRUGIA:

PLANTILLA
Datos Generales
Fecha: 18/06/2024
Hora: 14:21
E.A.P.B.: NUEVA EPS
Historia: 97436535
Nombre: JOSE ASCENCION HURTADO
Edad: 69 Años
Sexo: Masculino
Natural de: PUTUMAYO
Estado Civil: Soltero
Ocupacion: Agricultores de cultivos permanentes (plantaciones de árboles y arbustos)
Ubicacion: SAN FERNANDO
Telefono: 3123366375

Datos de la Consulta
Motivo de la Consulta: DOLOR ABDOMINAL
Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 69 AÑOS, CON HISTORIA DE EPOC, BAJO PESO. AHORA CON DOLOR ABDOMINAL EN EPIGASTRIO CON IRRADIACION A HIPOCONDRIO DERECHO SOBRETODO CON LOS ALIMENTOS COLECISTOQUINETICO NIEGA REFLUJO , CON ACIDES FRECUENTE , CON CONTIPACION CRONICA ,

ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE BIEN PRESENTA TOS, SIN PRESENCIA DE GRIPE, NIEGA SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES COMO NÁUSEAS, VÓMITO, DIARREA, ESTREÑIMIENTO. SINTOMATOLOGÍA DE CEFALEAS Y MAREOS OCASIONALES

Antecedentes Familiares
Antecedentes Familiares.: NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedente Personales: EPOC , HTA ,
Antecedentes Quirúrgicos
Antecedentes Qx: NIEGA
Examen Fisico
TA: 120/80
FC: 85.00
FR(min): 16.00
Pulso: 85
Temperatura: 37.00
Peso(Klg): 40.00
Talla (m): 151.00
IMC: 0
Abdomen: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA NO MEGALIAS NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
Aspecto Gral: BUENO
Extremidades: NORMAL
DIAGNOSTICOS
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: No Aplica
Diagnostico Principal: K297-GASTRITIS, NO ESPECIFICADA
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
CONDUCTA:
Conducta a Seguir: PACIENTE CON SINTOMAS DE GASTRITIS QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO OMEPRAZOL Y MILANTA Y QUE REQUIERE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA MAS BIOPSIA BAJO SEDACION PARA CONFIRMAR EL DIAGNOSTICO Y DESCARTAR PATOLOGIA MALIGNA , CON DOLOR ABDOMINAL EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE REQUIERE ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL
PLAN
ESOFAGOSTRODUEODENOSCOPIA MAS BIOPSIA BAJO SEDACION
ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL
CITA DE CONTROL CON RESULTADOS
VALORACION POR ANESTESIA
ESOMEPRAZOL 20 MG CADA 12 HORA POR 3 MESES
TIAMINA 300 MG DIA POR 30 DIAS

DR. MELKYN JOSE MONTERO CONTRERAS
CC 12646746
Especialidad. CIRUGIA GENERAL
Registro. 86760

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. 67

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

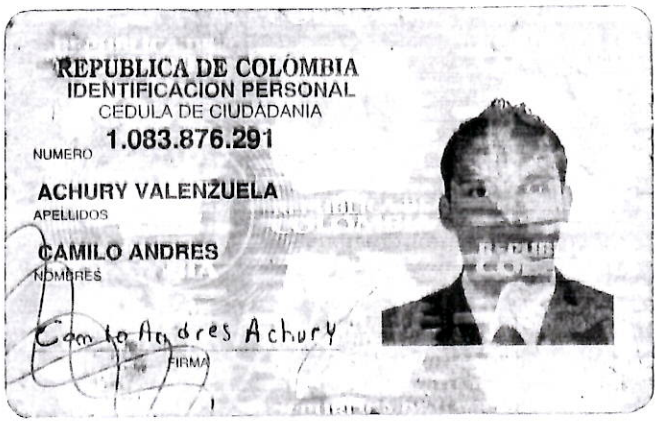
PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Camilo Andres Achury **Cedula de ciudadanía** 1083876291

Dirección: B/San nicolas **Contacto:** 3115870699

Firma de quien recibe Francelena Ortiz **Cedula de ciudadanía** 20795914

Parentesco: Suegra.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.083.876.291

ACHURY VALENZUELA
APELLIDOS

CAMILO ANDRES
NOMBRES

Camilo Andres Achury
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1988
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

12-JUL-2006 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1906100-50151561-M-1083876291-20060830 07123 06241A 02 210321381

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
CAMILO	ANDRES	ACHURY	VALENZUELA
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: 1083876291

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	10	20

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	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	0.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	37.50
Participación	43.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b620.4 b710.4 b770.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.473

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.4 d4602.4 d7702.3

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.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta:

Ficha:

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CAMILO ANDRES

Apellidos: ACHURY VALENZUELA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1083876291

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano:

Última actualización via registros administrativos:

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

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

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. 68

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: Aleida Citiana Ordoñez **Cedula de ciudadanía** 1123207959

Dirección: B/ San Martin **Contacto:** 3227098286

Firma de quien recibe Maria Ordoñez **Cedula de ciudadanía** 41100784

Parentesco: Mamá

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
ALEYDA	LILIANA	ORDOÑEZ	ACOSTA

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:	1123207934

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	26

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	70.83
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	81.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b139.3 b163.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.4 d598.4 d879.4

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 pérdida de capacidad laboral y ocupacional.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.207.934
ORDOÑEZ ACOSTA
APELLIDOS
ALEYDA LILIANA
NOMBRES
aleidaordon
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1987
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.26 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-MAY-2007 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6400200-00948233-F-1123207934-20171023 0058205312A 1 9901784650

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: 10/07/2024

Ficha: 86568048525500000797

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALEYDA LILIANA

Apellidos: ORDOÑEZ ACOSTA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1123207934

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/05/2024

Última actualización ciudadano: 28/05/2024

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. 69

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: Florez clavijo Alirio **Cedula de ciudadanía** 18107534

Dirección: B/Jardin **Contacto:** 3142649631

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

Parentesco: _____

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:04
Fecha Historia:19/06/2024 16:12
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 19/06/2024 16:12
Documento y Nombre del Paciente: CC 18107534 ALIRIO DE JESUS FLOREZ CLAVIJO
Administradora: MALLAMAS INDIGENA Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 18107534 Cons. Historia: 5707403
Atención: Ambulatorio

HISTORIA
EVOLUCION MEDICA GENERAL:

HISTORIA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 19/06/2024
Hora: 16:11
Historia: 18107534
Nombre: ALIRIO DE JESUS FLOREZ CLAVIJO
Edad: 69 Años
E.A.P.B.: MALLAMAS INDIGENA
Zona: URBANO
Direccion: EL JARDIN
Telefono: 3142649631
Estado Civil: Casado
Ocupacion: No aplica
PERTENENCIA ETNICA: NINGUNA
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: NO

ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: PARA HACER LOS PAPELES DE LA DISCAPACIDAD
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 69 AÑSO D EEDAD QUE ACUDE POR PRESENTAR DISCAPACIDAD PAR ALA MOVILIZACION INICIALMENTE POR AUSENCIA DE PIERNA POR AMPUTACION SECUNDARIA A PIE DIABETICO (2 AÑOS) A NIVEL SUPRACONDILEA
VAL CION POR ORTOPEDIA 21/07/2024 MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD CON IDX DE POP DIA 21/04/2022 DE AMPUTACION SUPRACONDILEA MIEM O INFERIOR IZQUIERDO SECUNDARIO A PIE DIABETICOS
DX S889-AMPUTACION TRAUMATICA DE LA PIERNA, NIVEL NO ESPECIFICADO
Revision por Sistemas: .
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

Test:could it be copd
TESTCOULD IT BE COPD: NO
Tose muchas veces al dia ?.: NO
Tiene flema u mucosidad la mayoria de los dias?.: NO
Le cuesta respirar màs, que personas de su edad?.: NO
Es mayor de 40 años ?.: NO
Actualmente fuma o es ex fumandor ?.: NO
>= 3 es un pte con posible enfermedad respiratoria:
Remitido a Programa de EPOC: NO

ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedente Personales Relevantes: - HTA DIABETES - ACV
QX AMPUTACION
ANTECEDENTES DE VACUNACION: AL DIA

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
Planifica?
Planifica?: Si
Examen Fisico
Estado general: BUEN ESTADO GEENRAL
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 65.00
Talla (m): 1.55
IMC: 27.06
FR: 18
Fre cardiaca: 88
Temperatura: 36.00
TA: 139/80
EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
Cabeza: -NORMOCÉFALO, SIN MASAS NI TUMEFACCIONES, NO ESTIGMAS DE TRAUMA, CABELLO BIEN IMPLANTADO
Ne gico: ALERTA
Ojos: CONJUNTIVAS ROSADAS
O .ORMAL
Boca: HIDRATADA.
Cuello: NO MASA
Torax y Pulmones: BIEN VENTILADOS.
Corazón: RITMICO.
Abdomen: BLANDO DPERESIBLE NO DOLOR
Pelvis: NORMLA
Genitourinario: -NO SE EVALÚA
Aparato Locomotor: AMPUTACION SUPRACONDILEA IZQUIERDA
Piel y Anexos: NO LESIONES
Ganglios: NO SE PALPA.
TACTO RECTAL: N S REALIZA
ESTADO NUTRICIONAL: -
ESTADO PSICOSOCIAL: ADECAUDO
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: SI R/PYP
IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Principal: S889-AMPUTACION TRAUMATICA DE LA PIERNA, NIVEL NO ESPECIFICADO
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
Finalidad de la Consulta: No Aplica
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
PLAN DE MANEJO: _____
SE REALIZA ORDEN PARA CERTIFICACION D E DISCAPACIDAD .
SE SOLICITA VALORACION CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
DX
S889-AMPUTACION TRAUMATICA DE LA PIERNA, NIVEL NO ESPECIFICADO
ATENCION DOMICILIARIA
PACIENTE QUE NO REQUIERE SOPORTES Y AYUDAS TECNICAS
_____.
Signos de Alarma: .

Recomendaciones:
SI PERSITE CON IGUAL SINTOMATOLOGIA, O SI PRESENTA FIEBRE INTENSA, QUE NO CALMA CON ANALGESICOS, SI PRESENTA VOMITO INTENSO O VOMITO CON SANGRE, DIARREA EN ABUNDANTE CANTIDAD O CON MOCO O SANGRE , SI PRESENTA AUMENTO DEL DOLOR, LE DA DOLOR DE CABEZA O CONVULSION O SE ASOCIA A VISION BORROSA, SI LE DUELE EL PECHO, NO PUEDE RESPIRAR, SE PARALIZA ALGUN LADO DEL CUERPO O LA CARA, IR INMEDIATAMENTE A URGENCIAS O CONSULTAR URGENTE CON EL MEDICON

Diana Narváez

DR. DIANA MARCELA NARVAEZ VALENCIA
CC 1123204637
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 860189

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 17/07/2024

Ficha: 86568474828800005244

B1

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALIRIO DE JESUS

Apellidos: FLOREZ CLAVIJO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 18107534

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/04/2024

Última actualización ciudadano: 30/04/2024

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 LEGARI

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francis

Teléfono: 4221640 - 32222091

Correo Electrónico: sisben@puertoasis-putumayo.gov

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. 70

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
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: Michael Brayan Montenegro **Cedula de ciudadanía** 1006666171

Dirección: V/teteye **Contacto:** 3236142490

Firma de quien recibe Marleny Montenegro **Cedula de ciudadanía** 27470626

Parentesco: Mamá

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.666.611**

MONTENEGRO ARTEAGA

APELLIDOS

MICHAEL BRAYAN

NOMBRES

Michael Montenegro

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-JUN-1995**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-AGO-2013 PUERTO ASIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6400200-00508853-M-1006666611-20131114 **0035768550A 1** 40659683

HISTORIA CLINICA

ódigo Plantilla:04
echa Historia:03/05/2024 08:44 a.m.
ugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 03/05/2024 08:44 a.m.
ocumento y Nombre del Paciente: CC 1006666611 MICHAEL BRAYAN MONTENEGRO ARTEAGA
dministradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
o Historia: 1006666611 Cons. Historia: 5619753
tención: Ambulatorio

ISTORIA
VOLUCION MEDICA GENERAL:

ISTORIA
DENTIFICACION GENERAL
echa: 03/05/2024
istoria: 1006666611
dad: 28 Años
ona: RURAL
elefono: 3107684763
ERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
N SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: NO

Hora: 08:43
Nombre: MICHAEL BRAYAN MONTENEGRO ARTEAGA
E.A.P.B.: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Direccion: VEREDA TETEYE
Estado Civil: Casado
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI

NAMNESIS
lotivo de la Consulta: PARA EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
nfermedad Actual: ACUDE LA MADRE DEL USUARIO, (SIN EL USUARIO) A CNSULTA REFIERE QUE ESTA EN PROCESO DE CERTIFICACION
EFIERE QUE TUVO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 7/10/2023 CON POSTERIOR CRANEOTOMIA DESCOMPRESIVA + DRENAJE DE HEMATOMA
U JRAL Y DERIVACION CON VALVULA DE HACKING A 130 MMHG
O DEPENDENCIA MOTORA BARTHEL 20 PUNTOS LENGUAJE VERBAL ABOLIDO NO ATIENDE ORDENES SENCILLAS CON PERDIDA DEL TONO
IUSCULAR SOSTEN CEFALICO COMPROMETIDO DIAGNOSTICADO CON EPILESIA EN MANEJO CON LEVETIRACETAM PERO MADR E SSPENDE
IEDICACION SIN ORDEN MEDICA
IENE P/ RESONANCIA CEREBRAL
O A CLARO EL DIAGNOSTICO DE SU DISCAPCIDAD, TAMPOCO ACUD EEL PACIENTE PRESENCIALMENTE PARA SU VALORACION
E DECIDE REMITIR A MEDICINA INTERNA Y SE SUGIERE CITA PRESENCIAL PARA VALORACION DE SU DISCAPACIDAD PARA OBTENER
IAGNOSTICOS CLAROS
Revision por Sistemas: NO
INTOMATICO RESPIRATORIO: NO
est:could it be copd
ESTCOULD IT BE COPD: NO
iene flema u mucosidad la mayoria de los dias?.: NO
s mayor de 40 años ?.: NO
= 3 es un pte con posible enfermedad respiratoria:
emitido a Programa de EPOC: NO

Tose muchas veces al dia ?.: NO
Le cuesta respirar màs, que personas de su edad?.: NO
Actualmente fuma o es ex fumandor ?.: NO
Total: 0

NTECEDENTES PERSONALES
ntecedente Personales Relevantes: - TEC SEVERO
QX CRANEOTOMIA

ANTECEDENTES DE VACUNACION: AL DIA

NTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
lanifica?
lanifica?: Si
xamen Fisico
stado general: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
ignos Vitales y Datos Corporales
e Kg): 1.00
M 1.00
re cardiaca: 88

Talla (m): 1.00
FR: 18
Temperatura: 36.00

XAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
abeza: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
loca: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
orax y Pulmones: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA.
bdomen: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
enitourinario: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
iel y Anexos: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
STADO NUTRICIONAL: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA

Neurologico: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
ORL: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Cuello: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Corazón: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Pelvis: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Aparato Locomotor: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Ganglios: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
ESTADO PSICOSOCIAL: NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA

YUDAS DIAGNOSTICAS
eportes de laboratorio: escribir resultados reportes de laboratorio

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

EMANDA INDUCIDA A PYP
emitido a programa de PyP
emitido a programa de PyP: NO R/PYP
MPRESION DIAGNOSTICA
x. Principal: T908-SECUELAS DE OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DE LA CABEZA
ipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
ausa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta: No Aplica
PLAN DE MANEJO: .SS VALORACION POR MEDICINA INTERNA

ignos de Alarma:
I PERSITE CON IGUAL SINTOMATOLOGIA, O SI PRESENTA FIEBRE INTENSA, QUE NO CALMA CON ANALGESICOS, SI PRESENTA VOMITO INTENSO
VOMITO CON SANGRE, DIARREA EN ABUNDANTE CANTIDAD O CON MOCO O SANGRE , SI PRESENTA AUMENTO DEL DOLOR, LE DA DOLOR DE
CABEZA O CONVULSION O SE ASOCIA A VISION BORROSA, SI LE DUELE EL PECHO, NO PUEDE RESPIRAR, SE PARALIZA ALGUN LADO DEL CUERPO
A CARA, IR INMEDIATAMENTE A URGENCIAS O CONSULTAR URGENTE CON EL MEDICO

ecomendaciones:
LIMENTACION BALANCEADA BAJA EN CALORIAS, NO BEBIDAS AZUCARADAS, EVITAR EL CONSUMO DE HARINAS, FRITOS, ADEREZOS, CARNES
OJAS

:OMER ABUNDANTES FRUTAS Y VERDURAS QUE PROPORCIONAN LA ENERGIA Y VITAMINAS AL CUERPO
:EALIZAR ACTIVIDAD FISCA DIARIA MINIMO 2 O 3 VECES POR SEMANA DE DURACION MINIMA A 30 MINUTOS
IO FUMAR NI CONSUMIR ALCOHOL, NI NINGUNA SUSTANCIA PSICOACTIVA
.UTOEXAMEN DE TESTICULOS- USO DE PRESERVATICVOS PARA PREVENCION DE ITS,
1ANTENER HABITOS DE HIGIENE PERSONAL, VIDA SALUDABLE- LAVADO DE MANOS USO DE TAPABOCAS FRECUENTE, TOMAR AGUA POTABLE- NC
.UTOMEDICARSE,
.CUDIR PERIODICAMENTE A SUS CONTROLES , MANTENER ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA, ACUDIR 2 VECES AL AÑO POR HIGIENE ORAL Y
)DONTOLOGIA
E EXPLICA IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO COMO MECANISMO DE DOBLE PROTECCION Y PREVENCION DE ITS ESTILOS DE VIDA
ALUDABLES DIETA EJERCICIO ALIMENTACION BALANCEADA.SE RETROALIMENTA EN METODO VENTAJAS Y BENEFICIOS DELMETODO
DUCACION EN SIGNOS DE ALARMA: SINTOMAS URINARIOS EXPLICADOS COMO ORINAR CON MUCHA FRECUENCIA MAS DE LO NORMAL
.EANTARSE VARIAS VECES EN LA NOCHE PARA ORINAR, PRESENTAR GOTEO DESPUES DE TERMINAR DE ORINAR, LE SALGA SANGRE PORLA
RETRA(PENE) PROBLEMAS DE LA ERECCION Y EYACULACION DOLORSOA CON SANGRE

Diana Narváez

R. DIANA MARCELA NARVAEZ VALENCIA
C 1123204637
specialidad. MEDICINA GENERAL
egistro. 860189

ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS
REMISIÓN DE PACIENTES

NSTITUCIÓN SOLICITANTE

DE: ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS **A:** OTRA INSTITUCIÓN
CÓDIGO: 846000253 HOSPITAL LOCAL
MUNICIPIO: PUERTO ASIS
FECHA SOLICITUD: 03/05/2024 **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 1006666611 Paciente MONTENEGRO ARTEAGA MICHAEL BRAYA
Fecha Nacimiento: 30/06/1995 Edad: 28 año(s) Sexo: MASCULINO
Residencia Habitual: COLOMBIA* PUTUMAYO* PUERTO ASIS
Responsable del Paciente
MARIA MARLENY MONTENEGROO ARTEAGA
Madre
3107684763
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
MEDICINA INTERNA

DIAGNÓSTICO
CÓDIGO: T908 SECUELAS DE OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DE LA CABEZA

OBSERVACIONES
MEDICINA INTERNA

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

Consulta 03/05/2024 08:44 AM - DIANA MARCELA NARVAEZ VALENCIA - MEDICINA GENERAL

IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 03/05/2024
Hora: 08:43
Historia: 1006666611
Nombre: MICHAEL BRAYAN MONTENEGRO ARTEAGA
Edad: 28 Años
E.A.P.B.: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Zona: RURAL
Direccion: VEREDA TETEYE

REMISIÓN DE PACIENTES

Telefono: 3107684763
Estado Civil: Casado
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: NO

ANAMNESIS
Motivo de la Consulta:PARA EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Enfermedad Actual:ACUDE LA MADRE DEL USUARIO* (SIN EL USUARIO) A CNSULTA REFIERE QUE ESTA EN PROCESO DE CERTIFICACION
REFIERE QUE TUVO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 7/10/2023 CON POSTERIOR CRANEOTOMIA DESCOMPRESIVA + DRENAJE DE HEMATOMA SUBDURAL Y DERIVACION CON VALVULA DE HACKING A 130 MMHG CON DEPENDENCIA MOTORA BARTHEL 20 PUNTOS LENGUAJE VERBAL ABOLIDO NO ATIENDE ORDENES SENCILLAS CON PERDIDA DEL TONO MUSCULAR SOSTEN CEFALICO COMPROMETIDO DIAGNOSTICADO CON EPILESIA EN MANEJO CON LEVETIRACETAM PERO MADR E SSPENDE MEDICACION SIN ORDEN MEDICA
TIENE P/ RESONANCIA CEREBRAL
NO ESTA CLARO EL DIAGNOSTICO DE SU DISCAPCIDAD* TAMPOCO ACUD EEL PACIENTE PRESENCIALMENTE PARA SU VALORACION
SE DECIDE REMITIR A MEDICINA INTERNA Y SE SUGIERE CITA PRESENCIAL PARA VALORACION DE SU DISCAPACIDAD PARA OBTENER DIAGNOSTICOS CLAROS
Revision por Sistemas:NO
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

Test:could it be copd
TEST COULD IT BE COPD:NO
Tose muchas veces al dia ?.: NO
Tiene flema u mucosidad la mayoria de los dias?.: NO
Le cuesta respirar màs* que personas de su edad?.: NO
Es mayor de 40 años ?.: NO
Actualmente fuma o es ex fumandor ?.: NO
Total:0
Remitido a Programa de EPOC: NO

ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedente Personales Relevantes:- TEC SEVERO
QX CRANEOTOMIA
ANTECEDENTES DE VACUNACION:AL DIA

Planifica?
Si:SI

Examen Fisico
Estado general:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA

Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg):1.00
Talla (m):1.00
IMC:1.00
FR:18
Fre cardiaca:88
Temperatura:36.00

EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
Cabeza:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Neurologico:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Ojos:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
ORL:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Boca:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Cuello:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Torax y Pulmones:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA.
Corazón:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Abdomen:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Pelvis:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA

REMISIÓN DE PACIENTES

Genitourinario:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Aparato Locomotor:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Piel y Anexos:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
Ganglios:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
ESTADO NUTRICIONAL:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA
ESTADO PSICOSOCIAL:NO SE RELAIZA EXPLORACION FISICA

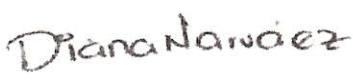
AYUDAS DIAGNOSTICAS
Reportes de laboratorio:escribir resultados reportes de laboratorio
Reportes Imagenologicos:describir imagenes (rx*ecografias* etc.).

Remitido a programa de PyP
NO R/PYP:SI

IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Principal: T908-SECUELAS DE OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DE LA CABEZA
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta: No Aplica
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
PLAN DE MANEJO:.SS VALORACION POR MEDICINA INTERNA
Signos de Alarma:
. PERSITE CON IGUAL SINTOMATOLOGIA* O SI PRESENTA FIEBRE INTENSA* QUE NO CALMA CON ANALGESICOS* SI PRESENTA VOMITO INTENSO O VOMITO CON SANGRE* DIARREA EN ABUNDANTE CANTIDAD O CON MOCO O SANGRE * SI PRESENTA AUMENTO DEL DOLOR* LE DA DOLOR DE CABEZA O CONVULSION O SE ASOCIA A VISION BORROSA* SI LE DUELE EL PECHO* NO PUEDE RESPIRAR* SE PARALIZA ALGUN LADO DEL CUERPO O LA CARA* IR INMEDIATAMENTE A URGENCIAS O CONSULTAR URGENTE CON EL MEDICO

Recomendaciones:
ALIMENTACION BALANCEADA BAJA EN CALORIAS* NO BEBIDAS AZUCARADAS* EVITAR EL CONSUMO DE HARINAS* FRITOS* ADEREZOS* CARNES ROJAS
COMER ABUNDANTES FRUTAS Y VERDURAS QUE PROPORCIONAN LA ENERGIA Y VITAMINAS AL CUERPO
REALIZAR ACTIVIDAD FISCA DIARIA MINIMO 2 O 3 VECES POR SEMANA DE DURACION MINIMA A 30 MINUTOS
NO FUMAR NI CONSUMIR ALCOHOL* NI NINGUNA SUSTANCIA PSICOACTIVA
AUTOEXAMEN DE TESTICULOS- USO DE PRESERVATICVOS PARA PREVENCION DE ITS*
MANTENER HABITOS DE HIGIENE PERSONAL* VIDA SALUDABLE- LAVADO DE MANOS USO DE TAPABOCAS FRECUENTE* TOMAR AGUA POTABLE- NO AUTOMEDICARSE*
ACUDIR PERIODICAMENTE A SUS CONTROLES * MANTENER ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA* ACUDIR 2 VECES AL AÑO POR HIGIENE ORAL Y ODONTOLOGIA
SE EXPLICA IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO COMO MECANISMO DE DOBLE PROTECCION Y PREVENCION DE ITS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DIETA EJERCICIO ALIMENTACION BALANCEADA.SE CONTROALIMENTA EN METODO VENTAJAS Y BENEFICIOS DELMETODO
EDUCACION EN SIGNOS DE ALARMA: SINTOMAS URINARIOS EXPLICADOS COMO ORINAR CON MUCHA FRECUENCIA MAS DE LO NORMAL *LEANTARSE VARIAS VECES EN LA NOCHE PARA ORINAR* PRESENTAR GOTEO DESPUES DE TERMINAR DE ORINAR* LE SALGA SANGRE PORLA URETRA(PENE) PROBLEMAS DE LA ERECCION Y EYACULACION DOLORSOA CON SANGRE

Nombres y Apellidos del Médico Solicitante: DIANA MARCELA NARVAEZ VALENCIA
Firma



Registro 860189

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. 71

Fecha de entrega: 17/07/2024

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: Floralba Cabrera **Cedula de ciudadanía** 1006846448

Dirección: V/El Palmar **Contacto:** 3115547775

Firma de quien recibe Deyci Cabrera. **Cedula de ciudadanía** 1123315546

Parentesco: Hermana

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.846.448**

CABRERA RODRIGUEZ

APELLIDOS

FLORALBA

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-2000**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

06-DIC-2018 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6400200-01061877-F-1006846448-20190214 0064490635A 1 51128319

HISTORIA CLINICA
ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS
Nit. 846000253
Dir. CR 29 10 10 - Tel. 4229143

Código Plantilla:04
Fecha Historia:22/09/2023 09:26 a.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 22/09/2023 09:26 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1006846448 FLORALBA CABRERA RODRIGUEZ
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1006846448 Cons. Historia: 5239555
Atención: Ambulatorio

HISTORIA
EVOLUCION MEDICA GENERAL:

HISTORIA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 22/09/2023 Hora: 09:25
Historia: 1006846448 Nombre: FLORALBA CABRERA RODRIGUEZ
Edad: 22 Años E.A.P.B.: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Zona: RURAL Direccion: EL PALMAR
Telefono: 3134447031 Estado Civil: Soltero
Ocupacion: No aplica PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
PRESENTA DISCAPACIDAD: NO EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: NO

ANAMNESIS
tivo de la Consulta: LE DAN ATAQUES/ PAR EL CERTIFICADO
.ermedad Actual: PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DEL PADRE QUEIN REFIERE QEU LA USUARIA PRESENA DISCAPACIDAD COGNISCITIVA SECUNDARIA A MENIGITIS CON SECUELES PACIENT E CON EPILEPSIA EN MANEJO CON ACIDO VALPROICO

VALORACION PO MEDICINA INTERNA: PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS CON DX DE SECUELS DE MENINGITIS + EPILEPSIA PACIENTE EN BUENAS CONDICONES GENERALES CONCIENTE EN TTO CON AC VALPROICO, HACE 6 MESES NO NUEVOS EPISDIOS CONVULSIVOS
DX
G409-B948-SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS ESPECIFICADAS
G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

Revision por Sistemas: NO

SINTOMATICO RESPIRATORIO: 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 ?.: NO Le cuesta respirar màs, 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: 0

ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedente Personales Relevantes: PATOLOGICO RETRASO MENTAL+ SECUELAS DE MENINGITIS- EPILEPSIA
QX NIEGA
ALERGICO NIEGA ANTECEDENTES DE VACUNACION: AL DIA

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
Menarquia: 10 G: 0
P: 0 A: 0
V: 0 C: 0
Gem: 0 M: 0
E: 0 Mol: 0
ECHA ULTIMA CCU: 02/05/2021
anifica?
lanifica?: No

Examen Fisico
Estado general: BUEN ESTADO GENERAL
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 59.00 Talla (m): 1.50
IMC: 26.22 FR: 18
Fre cardiaca: 58 Temperatura: 36.00
TA: 90/60

EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
Cabeza: NORMOCEFALO Neurologico: CN RETRASO MENTAL MODERADO
Ojos: NORMAL ORL: NORMAL
Boca: HIDRATDA. Cuello: MOVIL
Torax y Pulmones: BIEN VENTILADOS. Corazón: RIMTICO.
Abdomen: BLANDO DEPRESIBL E NORMAL Pelvis: NORMAL
Genitourinario: NORMOCONFIGURADO MARCHA SIN ALTERACION Aparato Locomotor: NO EDEMA
Piel y Anexos: NORMAL Ganglios: NORMAL.
ESTADO NUTRICIONAL: NORMAL 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: SI R/PYP

IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Principal: G09X-SECUELAS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
Dx. Relacionado 1: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
Finalidad de la Consulta: No Aplica Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
PLAN DE MANEJO: .
SE REALIZA ORDEN PARA CERTIFICACION D E DISCAPACIDAD .
SE SOLICITA VALORACION CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
DX -G09X SECUELAS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

VALORACION INSTITUCIONAL

PACIENTE QUE NO REQUIERE SOPORTES Y AYUDAS TECNICAS

SE ENTREGA FOMRULA MEDICA

Signos de Alarma:

SI PERSITE CON IGUAL SINTOMATOLOGIA, O SI PRESENTA FIEBRE INTENSA, QUE NO CALMA CON ANALGESICOS, SI PRESENTA VOMITO INTENSO O VOMITO CON SANGRE, DIARREA EN ABUNDANTE CANTIDAD O CON MOCO O SANGRE , SI PRESENTA AUMENTO DEL DOLOR, LE DA DOLOR DE CABEZA C CONVULSION O SE ASOCIA A VISION BORROSA, SI LE DUELE EL PECHO, NO PUEDE RESPIRAR, SE PARALIZA ALGUN LADO DEL CUERPO O LA CARA, IR INMEDIATAMENTE A URGENCIAS O CONSULTAR URGENTE CON EL MEDICO

Recomendaciones:

ALIMENTACION BALANCEADA BAJA EN CALORIAS, NO BEBIDAS AZUCARADAS, EVITAR EL CONSUMO DE HARINAS, FRITOS, ADEREZOS, CARNES ROJAS COMER ABUNDANTES FRUTAS Y VERDURAS QUE PROPORCIONAN LA ENERGIA Y VITAMINAS AL CUERPO
REALIZAR ACTIVIDAD FISCA DIARIA MINIMO 2 O 3 VECES POR SEMANA DE DURACION MINIMA A 30 MINUTOS
NO FUMAR NI CONSUMIR ALCOHOL, NI NINGUNA SUSTANCIA PSICOACTIVA
MANTENER HABITOS DE HIGIENE PERSONAL, VIDA SALUDABLE- LAVADO DE MANOS USO DE TAPABOCAS FRECUENTE, TOMAR AGUA POTABLE- NO AUTOMEDICARSE,
ACUDIR PERIODICAMENTE A SUS CONTROLES, MANTENER ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA, ACUDIR 2 VECES AL AÑO POR HIGIENE ORAL Y ODONTOLOGIA

Diana Narváez

DR. DIANA MARCELA NARVAEZ VALENCIA
CC 1123204637
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 860189

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

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 22/09/2023 09:26:05a.m.
Lugar y Fecha: PUERTO ASIS, PUTUMAYO 22/09/2023 09:26:05a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1006846448 FLORALBA CABRERA RODRIGUEZ
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario:SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1006846448 Orden N°: 811,759

Indicaciones:

SE REALIZA ORDEN PARA CERTIFICACION D E DISCAPACIDAD .
SE SOLICITA VALORACION CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
DX -G09X SECUELAS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
: G409-EPILEPSIA* TIPO NO ESPECIFICADO
VALORACION INSTITUCIONAL

PACIENTE QUE NO REQUIERE SOPORTES Y AYUDAS TECNICAS

Diana Narvaez

DR. DIANA MARCELA NARVAEZ VALENCIA
CC 1123204637
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 860189

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. 72

Fecha de entrega: 17/07/2024.

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: Jesús Lopez Martinez **Cedula de ciudadanía** 5209172

Dirección: Corregimiento Santa ana **Contacto:** 3134939520

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

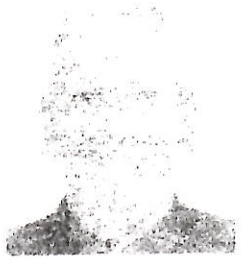
Parentesco: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUIP 5.209.172
LOPEZ MARTINEZ

NOMBRES
JESUS

FIRMA





INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1944
ALBAN (SAN JOSE)
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-DIC-1970 ALBAN (SAN JOSE)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0402000-01135842-M-0005209172-20200302 007038#70A 1 53567393

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

Código Plantilla:04
Fecha Historia:20/03/2024 03:32 p.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 20/03/2024 03:32 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 5209172 JESUS LOPEZ MARTINEZ
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 5209172 Cons. Historia: 5548816
Atención: Ambulatorio

HISTORIA
EVOLUCION MEDICA GENERAL:

HISTORIA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 20/03/2024
Hora: 15:31
Historia: 5209172
Nombre: JESUS LOPEZ MARTINEZ
Edad: 79 Años
E.A.P.B.: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Zona: RURAL
Direccion: VEREDA LA ESPERANZA
Telefono: 3202925 43 3134939520
Estado Civil: Casado
Ocupacion: No aplica
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: NO

ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: SOLICITUD DE TECNOLOGIAS-TAMIZAJE DE EPOC
Enfermedad Actual. PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS EPP, MASCULINO DE 79 AÑOS DE EDAD, CON AP CONOCIDOS, ACUDE PARA REALIZAR TAMIZAJE BREVE DE EPOC, PACIENTE SIN SINTOMATOLOGIA RECIENTE, NO REFIERE CUADRO CLINICO AGUDO, NO REFIERE MAS EN LA CONSULTA MEDICA.
Revision por Sistemas: NIEGA
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

Test:could it be copd
TESTCOULD IT BE COPD: NO
Tose muchas veces al dia ?.: NO
Tiene flema u mucosidad la mayoria de los dias?.: NO
Le cuesta respirar màs, que personas de su edad?.: NO
Es mayor de 40 años ?.: SI
Actualmente fuma o es ex fumandor ?.: SI
>= 3 es un pte con posible enfermedad respiratoria:
Total: 2
Remitido a Programa de EPOC: NO

ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedente Personales Relevantes: AMPUTACION DE MIEMBRO SUPERIROR DERECHO POR IMPACTO DE BAJA HACE 35 AÑOS APROXIMADAMENTE
EX FUMADOR
ANTECEDENTES DE VACUNACION: 1 DOSIS VACUNACONTRA COVID-19

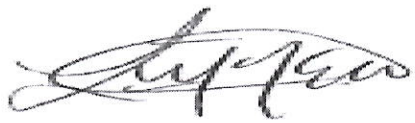
Planifica?
Examen Fisico
Estado general: EN BUENAS CONDICONES GENERALES EN EL MOMENTO
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 69.00
Talla (m): 1.70
IMC: 23.88
FR: 19
Fre cardiaca: 68
Temperatura: 36.90
TA: 0/72
EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
Cabeza: NORMOCEFALO, SIN ALTERACIONES EN TABLA OSEA.

Ojos: PINRAL
Neurologico: ALERTA, GLASGOW 15/15
Boca: MUCOSA ORAL HUMEDA.
ORL: SIN ALTERACION
Torax y Pulmones: MV AUDIBLE, NO SOBREAGREGADOS EN EL MOMENTO.
Cuello: MOVIL, NO ADENOMEGALIAS
SATURACION DE O2: 97%
Corazón: RSCSRS.
Abdomen: BLANDO
Pelvis: ESTABLE
Genitourinario: SIN ALTERACIONEXTERNOS NORMOCONFIGURADOS.

Aparato Locomotor: MOVILES, NO EDEMAS, SIMETRICAS
Piel y Anexos: HIDRATADA
Ganglios: NO ADENOMEGALIAS.
TACTO RECTAL: NO PERMITE PACIENTE
ESTADO NUTRICIONAL: PESO ADECUADO
ESTADO PSICOSOCIAL: NO LABILIDAD EMOCIONAL, VESTIDA ADECUADAMENTE, BUENA HIGIENE PERSONAL, MANTIENE CONTACTO VISUAL EN LA ENTREVISTA, LENGUAJE ADECUADO, COMPORTAMIENTO ADECUADO
AYUDAS DIAGNOSTICAS
Reportes de laboratorio: escribir resultados reportes de laboratorio
Reportes Imagenologicos: describir imagenes (rx,ecografias, etc.).

Remitido a programa de PyP
IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Principal: Z138-EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA OTRAS ENFERMEDADES Y TRASTORNOS ESPECIFICADOS
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta: No Aplica
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
PLAN DE MANEJO: CUESTIONARIO PARA EPOC NEGATIVO
GESTIONAR CITA CON MEDICINA INTERNA
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: EJERCICIO LEVE, DIETA BALANCEADA, PROCURAR TODOS LOS DIAS REALIZAR EJERCICIO (CAMINATA) SOLO O ACOMPAÑADO POR LO MENOS 30 MINUTOS, TENER A ADHERENCIA A TRATAMIENTO SI SUFRE DE COMORBILIDADES (HTA, DM TIPO 2,OBESIDAD, HIPOTIROIDISMO,

EPOC), ACUDIR A CITAS CON ESPECIALISTAS, REALIZAR LOS EXAMENES SOLICITADOS, ACUDIR CON ACUDIENTE EN CASO DE LIMITACIONES POR PARTE DEL PACIENTE (PARA CAMINAR, ESCUCHAR, HABLAR, ENTENDER LAS ORDENES MEDICAS).



DR. LEIDY NATHALIA ERAZO HERNANDEZ
CC 1123306021
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. 73

Fecha de entrega: 17/07/2024

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: Juan Bautista Solarte **Cedula de ciudadanía** 18707876

Dirección: V/ Alto Esmeralda **Contacto:** 3143464476

Firma de quien recibe Ana María Solarte N **Cedula de ciudadanía** 69026868

Parentesco: Hija.