REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.107.876**
SOLARTE GOMEZ

APELLIDOS
JUAN BAUTISTA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-1955**
LOS ANDES (SOTOMAYOR)
LOS ANDES (NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-DIC-1976 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6400200-00159653-M-0018107876-20090620 0012667096A 1 8190003209

CLINICA CREAR VISION SAS
codigo de habilitacion 860010010501 Nit: 846003067-6

Dir. Mocoa Putumayo Tel. 4205336 - 4295828.

HISTORIA CLINICA DE OFTALMOLOGIA.

Folio No: 600782

PACIENTE:	SOLARTE GOMEZ JUAN BAUTISTA	**E.CIVIL:**	Otro	FECHA ATENCION:	16/08/2023 02:38 p. m.
IDENTIFICACION:	CC18107876	**EDAD:**	68 Años 3 Meses		
No HISTORIA:	18107876	**SEXO:**	Masculino	**TELEFONO:**	3143464416
EMPRESA:	EMSSANAR E.P.S S.A.S.	**FEC. NAC:**	15/05/1955	**MUNICIPIO:**	MOCOA
DIAGNOSTICO:	H400-SOSPECHA DE GLAUCOMA			**DIRECCION:**	BARRIO OBRERO

MOTIVO DE CONSULTA:

NO VEO BIEN"

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE ASISTE A CONSULTA DONDE REFIERE PERDIDA DEL OJO IZQUIERDO EN UN ACCIDENTE HACE 25 AÑOS DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL EN OJO DERECHO, ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL EN CONTROL, NO USA RX.

EXAMEN FISICO:

PESO 78
TALLA 172
IMC 26.4

AGUDEZA VISUAL:

	Lejos:	Ph:	Cerca:	AVCC:
Ojo Derecho.	20/30-SC			
Ojo Izquiero.	NPL			

BIOMICROSCOPIA:

	OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Parpados:	SANO	CAVIDAD ANOFOLTALMICA EN BUEN ESTADO
Conjuntiva:	PINGUECULA NASAL	-
Cornea:	CLARA	-
Camara Anterior:	ESTRECHA	-
Iris/Pupila	NORMAL/REACTIVA	--
Cristalino:	TRANSPARENTE	-

FONDO DE OJO:

	OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Vitreo:	SANO	-
Papila:	0.7 CON LAMINA CROBOSA VISIBLE	-
Macula:	SANA	-
Retina:	APLICADA	-

PRESION INTRAOCULAR:

HORA. . . . . 02:41 PM
OJO DERECHO:. . . 19
OJO IZQUIERDO:. .

OBSERVACIONES DEL EXAMEN:

PACIENTE ES ATENDIDO CONMEDIOS DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR LA PROPAGACIÓN DE COVID 19., MEDIDAS IMPORTANTES PARA DESACELERAR LA PROPAGACIÓN, USE UNA MASCARILLA QUE LE CUBRA LA NARIZ Y LA BOCA PARA PROTEGERSE Y PROTEGER A LOS DEMÀS., MANTÉNGASE A 6 PIES DE DISTANCIA DE LAS PERSONAS QUE NO VIVEN CON USTED., RECIBA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 CUANDO ESTÉ DISPONIBLE PARA USTED., EVITE LAS MULTITUDES Y LOS ESPACIOS INTERIORES CON MALA VENTILACIÓN., LÁVESE LAS MANOS FRECUENTEMENTE CON AGUA Y JABÓN. USE DESINFECTANTE DE MANOS SI NO DISPONE DE AGUA Y JABÓN.

DIAGNOSTICO:

H400: SOSPECHA DE GLAUCOMA

CLINICA CREAR VISION SAS

codigo de habilitacion 860010010501 Nit: 846003067-6

Dir. Mocoa Putumayo Tel. 4205336 - 4295828.

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

PACIENTE: SOLARTE GOMEZ JUAN BAUTISTA
No HISTORIA: 18107876
IDENTIFICACION: CC18107876
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
REGIMEN: SUBSIDIADO

EDAD: 68 Años 3 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 15/05/1955
FECHA: 16/08/2023 02:42 p. m

Folio No: 223603
Admision No: 390207
TELEFONO: 3143464416
MUNICIPIO: MOCOA
DIRECCION: BARRIO OBRERO

DIAGNOSTICOS:

H400-SOSPECHA DE GLAUCOMA
H527-TRASTORNO DE LA REFRACCION. NO ESPECIFICADO
H544-CEGUERA DE UN OJO

No	Codigo	Descripcion	Cant	Observaciones
1	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	TERCER NIVEL PARA IRIDOTOMIA LASER OJO DERECHO

MEDICO: ALCALDE GOMEZ STEFANY
REG MEDICO: 27883

FIRMA DEL PACIENTE:

4/SEPT

CLINICA CREAR VISION SAS
codigo de habilitacion 860010010501 Nit: 846003067-6

Dir. Mocoa Putumayo Tel. 4205336 - 4295828.

HISTORIA CLINICA DE OFTALMOLOGIA.

Folio No: 600782

PACIENTE: SOLARTE GOMEZ JUAN BAUTISTA
IDENTIFICACION: CC18107876
No HISTORIA: 18107876
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
DIAGNOSTICO: H400-SOSPECHA DE GLAUCOMA
H527: TRASTORNO DE LA REFRACCION. NO ESPECIFICADO
H544: CEGUERA DE UN OJO

E.CIVIL: Otro
EDAD: 68 Años 3 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 15/05/1955

FECHA ATENCION: 16/08/2023 02:38 p. m.
TELEFONO: 3143464416
MUNICIPIO: MOCOA
DIRECCION: BARRIO OBRERO

TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado Nuevo

RECOMENDACIONES:

1.SE REMITE PARA VALORACION POR OFTALMOLOGIA TERCER NIVEL PARA IRIDOTOMIA LASER OJO DERECHO



)ICO: ALCALDE GOMEZ STEFANY
ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA
REG MEDICO: 27883

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. 74

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: Wilmer Zambrano Ramirez **Cedula de ciudadanía** 1123047978

Dirección: B/Los Lagos **Contacto:** 3118191209

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

Parentesco: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.204.198

ZAMBRANO RAMIREZ
APELLIDOS

WILMER
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1986
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

07-SEP-2005 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

P-6400200-70143713-M-1123204198-20051205 0253705339A 02 187220655

CLINICA AYNAN LTDA

codigo de habilitacion 860010019701

ALLE 14 CRA 11 -36 AVENIDA SAN FRANCISCO Telefono: 4296350 3124488051-3223652562 .

CERTIFICADO MEDICO.

Folio No: 271878

PACIENTE: ZAMBRANO RAMIREZ WILMER
IDENTIFICACION: CC1123204198
No HISTORIA: 1123204198
EMPRESA: EMSSANAR S.A.S SUBSIDIADO 9
DIAGNOSTICO: H472-ATROFIA OPTICA

E.CIVIL: Soltero(a)
EDAD: 33 Años 8 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 15/02/1986

FECHA ATENCION: 08/11/2019 03:35 p.m.

TELEFONO: 1123204198
MUNICIPIO: MOCOA (PUT)
DIRECCION: .

CERTIFICADO MEDICO:

CERTIFICO QUE EL PACIENTE PRESENTA DISCAPACIDAD VISUAL POR ATROFIA OPTICA BILATERAL - VISION SUBNORMAL MAYOR DEL 80% DE AMBOS OJOS.

DIAGNOSTICO:

H472: ATROFIA OPTICA
H542: VISION SUBNORMAL DE AMBOS OJOS

TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado Nuevo

OBSERVACIONES: CEGUERA LEGAL DE AMBOS OJOS.

Fernando Acosta David
Médico Oftalmólogo
UNAM Reg 14361
Clínica Aynan

Fecha Impresion: 08/11/2019

MEDICO: ACOSTA DAVID FERNANDO - OFTALMOLOGIA
ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA
REG MEDICO: 14361-87

FIRMA PACIENTE:

RE MANIFIESTE SUS DUDAS ANTE SU MEDICO Y SOLICITE
ATORIO EN TODAS LAS RELACIONES SEXUALES DESDE EL COITO, EDUCACION EN METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR HASTA LA EDAD
_ APROXIMADMENTE 49 AÑOS. ACUDIR A CITA DE CONTROL DE LA ADULTEZ.

MENDACIONES COVID-19
e las manos con agua y jabón frecuentemente, así reduces hasta un 50% el riesgo de contagio
el contacto cercano con otras personas tengan o no infección respiratoria, guarda distancia segura de 1 metro mínimo, si no es posible, usa siempre
cas (úsalo siempre que salgas a la calle)
nuda, tose y bosteza cubriendo la cara con la parte interna del antebrazo (codo) o utilizando pañuelo desechable, nunca te cubras con la mano.
en todo momento tocarte la cara sin lavarte antes bien las manos con agua y jabón.
toques el tapabocas, si lo tocas, debes lavarte las manos; para retirarlo, retíralo desde las tiras de fijación.
a y desinfecta los objetos y las superficies que tocas u otros tocan con frecuencia.
es de casa, usa ropa para salir diferente a la de estar en casa, al llegar, establece una zona al ingreso para dejar la ropa y los zapatos que usaste fuera, esa
a debes lavar con agua y jabón, la suela de los zapatos la puedes limpiar con alcohol o agua y jabón, deja los zapatos fuera para que se ventilen.
te apenas llegues y cambia de ropa, haz esto, antes de interactuar con tu familia.



_EIDY NATHALIA ERAZO HERNANDEZ
123306021
cialidad. MEDICINA GENERAL
tro. 1123306021

HISTORIA CLINICA

igo Plantilla:04
ıa Historia:07/06/2022 09:00 a.m.
ar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 07/06/2022 09:00 a.m.
umento y Nombre del Paciente: CC 1123204198 WILMER ZAMBRANO RAMIREZ
ıinistradora: EMSSANAR S.A.S. Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
Historia: 1123204198 Cons. Historia: 4427793
ıción: Ambulatorio

TORIA
)LUCION MEDICA GENERAL:

TORIA
NTIFICACION GENERAL
ha: 07/06/2022
toria: 1123204198
ıd: 36 Años
ıa: URBANO
efono: 3228012134-3113792699
ıpacion: No aplica
ESENTA DISCAPACIDAD: SI

Hora: 08:59
Nombre: WILMER ZAMBRANO RAMIREZ
E.A.P.B.: EMSSANAR S.A.S.
Direccion: LOS LAGOS
Estado Civil: Soltero
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: NO

AMNESIS
tivo de la Consulta: ACTUALIZACION DE HISTORIA CLINICA PARA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
fermedad Actual: PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS EPP, MASCULINO DE 36 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ATROFIA OPTICA EN BOS OJOS, TRAE VALORACION POR OFTALMOLOGIA EN EL AÑO 2019. 11/2019 VALORACION POR OFTALMOLOGIA, FONDO DE OJO PAPILA PALIDA ATROFICARETINA APLICADA, DA DX DE VISION SUBANORMAL EN BOS OJOS, ATROFIA OPTICA, EN OBSERVACIONES INDICA QUE CERTIFICA QUE EL PACIENTE PRESENTA DISCAPACIDAD VISUAL POR ATROFIA TICA BIALTERA, VISION SUB ANORMAL MAYOR DEL 80% DE AMBOS OJOS. RT ADO MEDICO DADO POR OFTALMOLOGIA 08/11/2019 CERTIFICA QUE EL PACIENTE PRESENTA DISCAPACIDAD VISUAL POR ATROFIA OPTICA ATE , EN OBSERVACIONES INDICA CEGUERA LEGAL EN AMBOS OJOS. MD OFTALMOLOGA DAVID FERNANDO ACOSTA RM 14361-87. R LO QUE INDICO VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
Revision por Sistemas: NIEGA
TOMATICO RESPIRATORIO: NO
TECEDENTES PERSONALES
tecedente Personales Relevantes: ATROFIA OPTICA BILATERAL
ANTECEDENTES DE VACUNACION: JANSSEN, SIN REFUERZO

anifica?
amen Fisico
tado general: EN BUENAS CONDICIONES GENERALES
gnos Vitales y Datos Corporales
so(Kg): 79.00
C: 29.02
e cardiaca: 76
: 110/60
Talla (m): 1.65
FR: 19
Temperatura: 36.90

AMEN FISICO CEFALO CAUDAL
abeza: NORMOCEFALO
os: PINRAL, VISION SUBANORMAL EN AMBOS OJOS, AGUDEZA VISUAL ALTERADA
RL: SIN ALTERACION
uello: MOVIL, NO ADENOPATIAS
orazón: RSCSRS.
elvis: ESTABLE
oarato Locomotor: MOVILES, NO EDEMAS, SIMETRICAS
anglios: NO ADENOMEGALIAS
Neurologico: ALERTA, GLASGOW 15/15
Boca: MUCOSA ORAL HUMEDA.
Torax y Pulmones: MV AUDIBLE, NO SOBREAGREGADOS.
Abdomen: BLANDO
Genitourinario: NORMOCONFIGURADO
Piel y Anexos: HIDRATADA
ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO
STADO PSICOSOCIAL: NO LABILIDAD EMOCIONAL, VESTIDAO ADECUADAMENTE, BUENA HIGIENE PERSONAL, MANTIENE CONTACTO VISUAL EN LA NT ISTA, LENGUAJE ADECUADO, COMPORTAMIENTO ADECUADO
YUD DIAGNOSTICAS
eportes de laboratorio: escribir resultados reportes de laboratorio
Reportes Imagenologicos: describir imagenes (rx,ecografias, etc.).

emitido a programa de PyP
MPRESION DIAGNOSTICA
x. Principal: H472-ATROFIA OPTICA
ipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
ausa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Relacionado 1: H542-VISION SUBNORMAL DE AMBOS OJOS
Finalidad de la Consulta: No Aplica
LAN DE MANEJO: SE INDICA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

JUSTES VALORACION INSTITUCIONAL, PACIENTE SIN DEFICIT COGNITIVO, NI DEFICIT MOTOR EN EL MOMENTO

IE-10 H472 ATROFIA OPTICA
I542 VISION SUBNORMAL DE AMBOS OJOS

ignos de Alarma: SE EXPLICA QUE EN CASO DE PRESENTAR LOS SIGUIENTES SIGNOS DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS O AL ENTRO DE SALUD MAS CERCANO Y LA IMPORTANCIA DE LA NO AUTOMEDICACION; DOLOR INTENSO EN EL PECHO QUE SE PASE AL CUELLO O EL RAZO IZQUIERDO, SE AHOGA CON MAS FACILIDAD AL HACER ALGUN ESFUERZO FISICO. DOLOR DE CABEZA INTENSO, NO ES CAPAZ DE RONUNCIAR PALABRAS O HABLA ENRREDADO, PIERDE LA FUERZA DE ALGUN LADO DEL CUERPO, SE TUERCE LA CARA HACIA ALGUN LADO, CONVULSIONES, DESMAYOS, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, AUSENCIA DE DEPOSICIONES POR MAS DE 8 DIAS, DOLOR AL ORINAR.
Recomendaciones: SE RECOMIENDA CONTINUAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE INICIANDO POR LA ALIMENTACION; LA INCLUSION DE MAS FIBRA, RUTAS, VERDURAS Y BEBER AGUA. DISMINUIR EL CONSUMO DE FRITOS, HARINAS Y AZUCARES. SI FUMA DEJAR DE HACERLO O ABSTENERSE DE US DERIVADOS, REDUCIR AL MAXIMO EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SODIO. MEJORAR SU RESPUESTA AL ESTRES, Y MANTENER UN PESO DECUADO PARA SU ESTATURA. HACER EJERCICIO AERODICO; 30MIN AL DIA O 3 VECES A LA SEMANA SEGUIR AL PIE DE LETRA LAS RECOMENDACIONES DADAS EN LA CONSULTA POR SU MEDICO TRATANTE PARA LA TOMA DE MEDICAMENTOS EN HORARIO Y FORMA INDICADOS. SI PRESENTA LOS SIGNOS DE ALARMA YA EXPLICADOS DIRIGIRSE A UNA UNIDAD DE ATENCION CERCANA Y NO AUTOMEDICARSE O ESPERAR EN CASA A RESOLUCION DE LOS SINTOMAS. ASISTIR A CONTROLES INDICADOS, REALIZARSE EXAMENES MEDICOS EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS Y

ECOMENDACIONES COVID-19
ávate las manos con agua y jabón frecuentemente, así reduces hasta un 50% el riesgo de contagio
vita el contacto cercano con otras personas tengan o no infección respiratoria, guarda distancia segura de 1 metro mínimo, si no es posible, usa siempre pabocas (úsalo siempre que salgas a la calle)
stornuda, tose y bosteza cubriendo la cara con la parte interna del antebrazo (codo) o utilizando pañuelo desechable, nunca te cubras con la mano.
vita en todo momento tocarte la cara sin lavarte antes bien las manos con agua y jabón.
lo te toques el tapabocas, si lo tocas, debes lavarte las manos; para retirarlo, retíralo desde las tiras de fijación.
impia y desinfecta los objetos y las superficies que tocas u otros tocan con frecuencia.
i sales de casa, usa ropa para salir diferente a la de estar en casa, al llegar, establece una zona al ingreso para dejar la ropa y los zapatos que usaste fuera, esa pa la debes lavar con agua y jabón, la suela de los zapatos la puedes limpiar con alcohol o agua y jabón, deja los zapatos fuera para que se ventilen.
áñate apenas llegues y cambia de ropa, haz esto, antes de interactuar con tu familia.



R. LEIDY NATHALIA ERAZO HERNANDEZ
C 1123306021
pecialidad. MEDICINA GENERAL
egistro. 1123306021

ACUDIR PARA SU REVISION. REALIZAR LOS TRAMITES NECESARIOS ANTE SU EPS Y ACUDIR A CITAS CON ESPECIALIDADES SI ES NECESARIO. SIEMPRE MANIFIESTE SUS DUDAS ANTE SU MEDICO Y SOLICITAR ACLARACIONES SI LAS NECESITA. EDUCACION EN ETS, USO DE CONDON OBLIGATORIO EN TODAS LAS RELACIONES SEXUALES DESDE EL COITO, EDUCACION EN METODOS DE PLANIFIACION FAMILIAR HASTA LA EDAD FERTIL APROXIMADMENTE 49 AÑOS. ACUDIR A CITA DE CONTROL DE LA ADULTEZ.

RECOMENDACIONES COVID-19
-Lávate las manos con agua y jabón frecuentemente, así reduces hasta un 50% el riesgo de contagio
-Evita el contacto cercano con otras personas tengan o no infección respiratoria, guarda distancia segura de 1 metro mínimo, si no es posible, usa siempre tapabocas (úsalo siempre que salgas a la calle)
-Estornuda, tose y bosteza cubriendo la cara con la parte interna del antebrazo (codo) o utilizando pañuelo desechable, nunca te cubras con la mano.
-Evita en todo momento tocarte la cara sin lavarte antes bien las manos con agua y jabón.
-No te toques el tapabocas, si lo tocas, debes lavarte las manos; para retirarlo, retíralo desde las tiras de fijación.
-Limpia y desinfecta los objetos y las superficies que tocas u otros tocan con frecuencia.
-Si sales de casa, usa ropa para salir diferente a la de estar en casa, al llegar, establece una zona al ingreso para dejar la ropa y los zapatos que usaste fuera, esa ropa la debes lavar con agua y jabón, la suela de los zapatos la puedes limpiar con alcohol o agua y jabón, deja los zapatos fuera para que se ventilen.
-Báñate apenas llegues y cambia de ropa, haz esto, antes de interactuar con tu familia.



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. 75

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: Aurelia Gamboa Sinisterra **Cedula de ciudadanía** 41135057

Dirección: V/Alto Piñuña (Cuncejo) **Contacto:** 3242255 4313

Firma de quien recibe Alexandra Tex Cortes **Cedula de ciudadanía** 1120096877

Parentesco: Neta

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.135.057**

GAMBOA SINISTERRA

APELLIDOS

AURELIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1954**

GUAPI

(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

22-AGO-1991 PUERTO ASIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6400200-43163601-F-0041135057-20071007 **04594** 07280N 02 266434464

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. 76

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
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: Lidia Germaine Perez **Cedula de ciudadanía** 69029787

Dirección: B/Nuevo Amanecer **Contacto:** 3124238358

Firma de quien recibe Yolanda Carrera **Cedula de ciudadanía** 1006843794

Parentesco: Hijo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **69.029.181**

PEREZ
APELLIDOS

LIDIA GERMAINE
NOMBRES

Lidia Perez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-AGO-1973**
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-DIC-1998 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-6400200-00908014-F-0069029181-20170531 0055552219A 1 9910016874

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

NOMBRE: LIDIA GERMAINE PEREZ
CC: 69.029.181
Fecha: 18 DE NOVIEMBRE DE 2019
Edad: 46 AÑOS

Paciente de 46 años de edad, se declaran víctimas de la violencia o desplazados, sin oficio claro por discapacidad. Quien sufre de secuelas de accidente cerebrovascular y tumor cerebral no claro hace 16 años, no trae historia clínica, paraplejia secundaria, paresia de miembros superiores, uso de silla de ruedas permanentes. Sin hospitalizaciones recientes, última consulta hace 5 meses por cefalea persistente, limitación para realizar actividades personales y ocupacionales, requerimiento de apoyo de familia. Antecedentes no. Niega síntomas, sin otras anormalidades, tolera vía oral, diuresis y deposiciones presentes, niega fiebre, síntomas urinarios o gastrointestinales.

Diagnostico cie 10: I694 D432 G822

Tipo de discapacidad que presenta: DISCAPACIDAD FISICA

Se entrega copia de historia clínica a solicitante para realizar respectivos trámites ante EPS y completar proceso de valoración integral por medicina física-rehabilitación y junta de invalidez.

JORGE H. MONTENEGRO
RM 115194002 1
Medico

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. 77

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: Eliberto Gualmatan **Cedula de ciudadanía** 75 571006

Dirección: B/ Villa Paz 2 **Contacto:** 3124747953

Firma de quien recibe [signature] **Cedula de ciudadanía** 39840503

Parentesco: Hermano

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.571.006**

GUALMATAN CORDOBA

APELLIDOS

ELIBERTO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1956**

PUERTO CAICEDO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-JUN-1983 PUERTO CAICEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00423548-M-0015571006-20130131 **0032**307195A 1 6802217376

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
ELIBERTO		GUALMATAN	CORDOBA

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: 15571006

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	4	20

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	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	66.67
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	100.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.4 b229.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.473 s299.473

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.3 d598.4 d879.4

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

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

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida 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. 78

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: Arcelia Cuellar Losada **Cedula de ciudadanía** 40627984

Dirección: V/teteye **Contacto:** 3734987993

Firma de quien recibe Luz elena Cuellar **Cedula de ciudadanía** 1130844716

Parentesco: Hermana

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

40.621.984
NUMERO

CUELLAR LOSADA
APELLIDOS

ARCELIA
NOMBRES

Arcelida cuellar losada
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1980
CURILLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

12-ABR-1999 CURILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6400299-43163742-F-00406[illegible]1984-20070928 02137 07271M 02 221780521

CERTIFICADO MEDICO

ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS

Nit. 846000253

Dir. CR 29 10 19 - Tel. 4229148

Registro de Calidad.

Fecha Historia: 07/11/2017 11:51:14a.m

Lugar y Fecha: PUERTO ASIS, PUTUMAYO 07/11/2017 11:51:14a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 40621984 ARCELIA CUELLAR LOZADA

Administradora: ATENCION A PARTICULARES **Convenio:** PARTICULARES **Tipo de Usuario:**PARTICULAR

No Historia: 40621984

Comentarios: El Suscrito Medico del Servicio de Consulta Externa de la E.S.E. Hospital Local de Puerto Asis.

CERTIFICA QUE:

El señor(a): ARCELIA CUELLAR LOZADA
identificado con documento de identidad N°. CC. 40621984

Presenta discapacidad por antecedente de epilepsia mal controlada

PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA* EN MANEJO CON FENITOINA 100 MG VO CADA 8 HORAS* REFIERE POR ADHERENCIA A TRATAMIENTO SIN EMBARAGO PRESENTA CONVULSIONES APROXIMADAMENTE 5 EN LA SEMANA* AL PARECER SIN CONTROLES CENTRO DE SALUD DE CUEMBI SE RECOMIENDA SACRA CITA PARA CONTROL DE PATOLOGIA* SE DA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

Para constancia se firma a los 07 días* DEL MES DE NOVIEMBRE del año 2017

DR. DAYHANA YESENIA VALLEJOS DAVID
CC 1085278598
Especialidad MEDICINA GENERAL
Registro. 1085278598

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. 79

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: Benilda Kuyoteka **Cedula de ciudadanía** 40760303

Dirección: V/Brisas del Hong-kong **Contacto:** # 3208532669

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

Parentesco: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.160.303** C.

KUYOTEKA De RIECOCHE

APELLIDOS

BENILDA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAY-1950**

LA CHORRERA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.41 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

03-NOV-1972 LA CHORRERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6400200-01225939-F-0040160303-20210404 **0073982606A 1** 54666892

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
DIANA MARCELA NARVAEZ VALENCIA	Medicina	CC-1123204637
YADDY LIZETH ACOSTA DAVID	Enfermería	CC-69022881
FREYDE NASARIO ROSERO CEBALLOS	Psicología	CC-87491251

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *BENILDA KUYOTEKA DE RIECOCHE* manifiesto que: *SI*

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

Benilda Kuyoteka
Nombre y Firma

40160303
Documento: CC-40160303

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

.. 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.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
BENILDA		KUYOTEKA	DE RIECOCHE

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: 40160303

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS	2022	9	21

2.3 Departamento	2.4 Municipio
PUTUMAYO	PUERTO ASÍS

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	100.00
Movilidad	45.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	87.50
Participación	96.88
GLOBAL	75.73

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.3 b139.4 b240.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.388 s298.373

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d175.4 d879.4

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. 80

Fecha de entrega: 11/07/2024

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

KIT DE ALIMENTOS

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

Nombre del beneficiario: Ligia Yurany Goyes **Cedula de ciudadanía** 69022315

Dirección: V/ Medellin **Contacto:** 3203178738

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

Parentesco: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 69022315

GOYES
APELLIDOS

LIGIA YURANY
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1970
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.43 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

16-MAY-2002 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-8400200-70106055-F-0069022315-20030116 0022103016H 02 117874595

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
LIGIA	YURANY	GOYES	

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: 69022315

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	8	2

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	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	0.00
Cuidado Personal	6.25
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.4 b229.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s2200.173 s2202.472 s2204.472

3. Codigos Actividades y Participación

d7702.4 d879.3 d940.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

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

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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

registro

Fecha de consulta: 03/02/2024

Ficha: 86568019526000000104

A5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIGIA YURANY

Apellidos: GOYES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 69022315

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/04/2023

Última actualización ciudadana: 08/04/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDRÉS VALENCIA SORIA

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco

Teléfono: 4221640 - 3229535872

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS
No. 81

Fecha de entrega: 17/04/2024

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

KIT DE ALIMENTOS

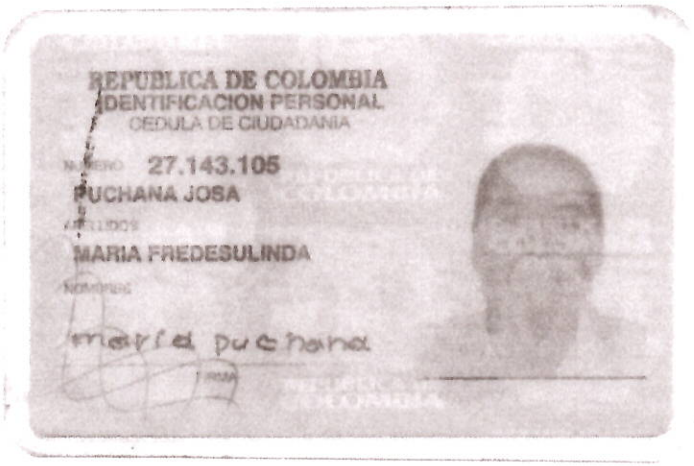
PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Maria Puchana Josa **Cedula de ciudadanía** 27143705

Dirección: B/ Montanita **Contacto:** 3172489597

Firma de quien recibe maria Puchana **Cedula de ciudadanía** :

Parentesco: :



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.143.105
PUCHANA JOSA
APELLIDOS
MARIA FREDESULINDA
NOMBRES
maria puchana
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1956
BUESACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.42 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
31-MAY-1991 BUESACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-6400200-00156013-F-0027143105-20090530 0011971367A 1

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

HISTORIA CLINICA

NOMBRE: JOSA MARIA FREDESULINDA PUCHANA	IDENTIFICACION: CC 27143105	HC: 27143105 - CC	EDAD: 67 Años	SEXO: F
FECHA DE NACIMIENTO: 13/11/1956	RESIDENCIA: CL VILLA PAZ 2	TELEFONO:	PUTUMAYO-PUERTO ASIS	
ZONA RESIDENCIAL: URBANA	ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	OCUPACION: NINGUNA		
DIR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:		
FECHA INGRESO: 27/11/2023 - 16:08:28	FECHA EGRESO: 27/11/2023 - 16:52:34	CAMA:		
DEPARTAMENTO: 110201 - CONSULTA EXTERNA	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:			
CLIENTE: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.	PLAN: EMSSANAR E.P.S S.A.S SUBSIDIADO EVENTO	TIPO AFILIADO: SUBSIDIADO		
IPS: UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	DIRECCION: PRIMER PISO	TELEFONO IPS: 3503160055		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2023-11-27	**16:49** **MARTIN.NAVARRO - YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES** **ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA** **MOTIVO DE CONSULTA :** TENGO TORCIDAS LAS PIERNAS **ENFERMEDAD ACTUAL :** PCTE CON ANTECEDENTE DE POLIOMIELITIS A LOS 3 A?OS COMO SECUELA DEFOMRIDAD DE MIMEBRO SINBFERIORES ALMOENTO ACUDE PARA VALROACION MEDICA

REVISION POR SISTEMA DEL PACIENTE

SISTEMA	OBSERVACION	FECHA REGISTRO
Estado General	BUENO	2023-11-27 04:47
Cabeza y cuello	BUENO	2023-11-27 04:47
Cardio Pulmonar	BUENO	2023-11-27 04:47
Abdomen	BUENO	2023-11-27 04:47
Extremidades	BUENO	2023-11-27 04:47
Genitourinario	BUENO	2023-11-27 04:47
Piel y Faneras	BUENO	2023-11-27 04:47
Neurologico	BUENO	2023-11-27 04:47
Examen Mental	BUENO	2023-11-27 04:47

EXAMEN FISICO/MENTAL

USUARIO	FECHA
YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES	2023-11-27

TIPO SISTEMA	VALORACION	HALLAZGO
Estado General	**NORMAL**	ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO
Cabeza y cuello	**NORMAL**	CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO SIN INGURGITACION YUGULAR NO SE OBSERVAN MASAS
.	.	CUELLO SIMETRICO
Cardio Pulmonar	**NORMAL**	TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS
.	.	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
Abdomen	**NORMAL**	BLANDO Y DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL RUIDOS
.	.	INTESTINALES PRESENTES
Extremidades	**ANORMAL**	MIMEBRO INFERIRO DERFECO HIPOTONICA CON ACORTIAMIENTO DE APROX 10 COM DESVAICION EN VALGO

Genitourinario	**NORMAL**	SIN ALTERACIONES ESTRUCTURALES, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS
Piel y Faneras	**NORMAL**	SIN ALTERACIONES
Neurologico	**NORMAL**	SIN DEFICIT SENSITIVO- MOTOR, GLASGOW 15/15,
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

INFORMACION DE LA EVOLUCION

Evolucion: 2711717	Ingreso No: 111369	Cuenta: 120634

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
B91X	SECUELAS DE POLIOMIELITIS.	.	.	YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES	2023-11-27
.	.	.	.	.	.

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general

FECHA	RESUMEN DEL EVOLUCION CONSULTA EXTERNA
2023-11-27	16:51 MARTIN.NAVARRO - YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA PACINETE CON SECUELA DE POLIOMIELITIS CON DEFOROMIDAD EN MIMEBRTO INFERIOR DERCHO ALMOEMTNO CON LIMOTACION PARA LA MARCHA Y BIPEDESTACION PACTE CON DISCAPACIDAD MODERADA SE INDICA ALTA POR ORTOEPEDIA VAL X FISIATRIA

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA	FECHA/HORA EVOLUCION
CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	1	27/11/2023 - 16:47:18
	Observacion			
	Diagnosticos Presuntivos			

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
B91X	SECUELAS DE POLIOMIELITIS

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES

PROFESIONAL
CC - 1085250629 - T.P 1085250629
ORTOPEDIA

Imprimió: YURANIS BERRIO DE LA CRUZ - YURANIS.BERRIO

Fecha Impresión : 2023/11/27 - 16:58:03

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC

NIT: 901201887

Fecha impresión : 2023-11-27

Identifi: CC 27143105 | Paciente: JOSA MARIA FREDESULINDA PUCHANA | Edad : 67 Años Sexo :F Fecha nacimiento:1956-11-13 | HC : CC27143105

Cliente : EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S. | Plan : EMSSANAR E.P.S S.A.S SUBSIDIADO EVENTO | Tipo Afiliado: SUBSIDIADO

Profesional: YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES | Especialidad: ORTOPEDIA

Diagnosticos: B91X

SOLICITUD DE SERVICIOS

1579689 - 890264 - (1)CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

a: 27/11/2023

Observación:

Profesional: YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES
CC - 1085250629 **T.P** - 1085250629
Especialidad - ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: B91X - SECUELAS DE POLIOMIELITIS

Nombres y Apellidos del Médico: YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES
Registro Médico No.: 1085250629

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. 82

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: Jhon Jamilton Castro **Cedula de ciudadanía** 1117504359

Dirección: V/teteye **Contacto:** 3219638490-3115227875

Firma de quien recibe Mg Nelly Rueda **Cedula de ciudadanía** 26634424

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
JHON	JAMILTON	CASTRO	RUEDA

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: 1117504359

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	X	NO	
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	75.00
Movilidad	35.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	25.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b310.4 b398.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.473 s398.478 s399.478

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d310.3 d4602.4

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.117.504.359
NUMERO

CASTRO RUEDA
APELLIDOS

JHON JAMILTON
NOMBRES



Jhon Jamilton Cas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-1988
VALPARAISO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-ENE-2007 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4400100-67157832-M-1117504359-20070331 0038507090A 03 232832283

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. 83

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: Yaneth Arciniegas **Cedula de ciudadanía** 69028903

Dirección: B/ Nuevo Amanecer **Contacto:** 3226600501

Firma de quien recibe Hermonte Trujillo **Cedula de ciudadanía** 4894282

Parentesco: Esposo



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 69.028.903
ARCINIEGAS TAPIAS
APELLIDOS
YANETH
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1980
PUERTO LEGUIZAMO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
05-AGO-1998 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-6400200-00155578-F-0069028903-20090505 0011215680A 1 8190000792

Folio No: 1063123 Admision No: 525805

PACIENTE: ARCINIEGAS TAPIAS YANETH **E.CIVIL:** Otro **FECHA ATENCION:** 11/04/2024 02:30 p. m.
IDENTIFICACION: CC69028903 **EDAD:** 44 Años 1 Mes
No HISTORIA: 69028903 **SEXO:** Masculino **TELEFONO:** 3217224205
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S. **FEC. NAC:** 18/02/1980 **MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** B/EL JARDIN

G409-EPILEPSIA. TIPO NO ESPECIFICADO
CARDIOVASCULAR:. . . NIEGA
GASTRO - INTESTINAL: NIEGA
GINECOLOGICO:. . . . NIEGA
UROLOGICO: . . . . . NIEGA
OTROS: . . . . . NIEGA

SIGNOS VITALES

TENSION ART: . . . .100/60 mmHg
PRESION ART. MEDIA:.73
PESO:. . . . . .69 Klg.
TALLA: . . . . . .163 cm.
IMC: 26.0

EXAMEN FISICO

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

DIAGNOSTICO:

G409: EPILEPSIA. TIPO NO ESPECIFICADO
F710: RETRASO MENTAL MODERADO. DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO

TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado Nuevo

ANALISIS:

PACIENTE DE 44 AÑOS QUIEN ACUDE CON ESPOSO MALOS INFORMANTES, PACIENTE QUE AMERITA DE TERCERAS PERSONAS PARA REALIZAR ACTIVIDADS DIARIAS ACUDE POR PRIMERA VEZ CON ANTEC DE EPILEPSIA CRONICA + RM MODERADO DESDE LA INFANCIA, EN TTO CON:
CARBAMAZEPINA 200MG CADA 8 HORAS
ACIDO VALPROICO UNA TAB CADA 8 HORAS
FENOBARBITAL 100MG UNA TAB CADA 8 HORAS
NIEGA SÍNTOMAS DE ALARMA TALES COMO CEFALEA, EPISTAXIS, DOLOR PRECORDIAL, MAREO , FOSFENOS , VISION BORROSA , POLIDIPSIA, POLIURIA , POLIFAGIA, DOLOR ABDOMINAL FIEBRE, LESIONES O ÚLCERAS EN LA PIEL U OTROS SIGNOS DE ALARMA . PACIENTE NIEGA SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIA FAMILIAR. ACUDE SIN NINGUN PARACLINICOS
AL MOMENTO ESTABLE, CON SIGNOS VITALES NORMALES QUIEN REFIERE QUE NO HA CONVULSIONADO EN LOS ULTIMOS MESES , NO TRAE PARACLINICOS DE CONTROL, DEBE ACUDIR SIMPRE ACOMPAÑADA POR DIFICULTAD PARA EL INTERROGATORIO Y REALIZAR ACTIVIDADES SENCILLAS, DEPENDE DE TERCERAS PERSONAS

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA

Codigo de habilitacion 865680020201 nit: 900021788-1

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

HISTORIA CLINICA MEDICINA INTERNA. (MEDICINA INTERNA)

Folio No: 1063123

Admision No: 525805

PACIENTE: ARCINIEGAS TAPIAS YANETH
IDENTIFICACION: CC69028903
No HISTORIA: 69028903
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S.
REGIMEN: Subsidiado

E.CIVIL: Otro
EDAD: 44 Años 1 Mes
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 18/02/1980

FECHA ATENCION: 11/04/2024 02:30 p. m.

TELEFONO: 3217224205
MUNICIPIO: PUERTO ASIS PUT
DIRECCION: B/EL JARDIN

G409-EPILEPSIA. TIPO NO ESPECIFICADO

MOTIVO DE CONSULTA:

VALORACION

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 44 AÑOS QUIEN ACUDE CON ESPOSO MALOS INFORMANTES, PACIENTE QUE AMERITA DE TERCERAS PERSONAS PARA REALIZAR ACTIVIDADS DIARIAS ACUDE POR PRIMERA VEZ CON ANTEC DE EPILEPSIA CRONICA + RM MODERADO DESDE LA INFANCIA, EN TTO CON:
CARBAMAZEPINA 200MG CADA 8 HORAS
ACIDO VALPROICO UNA TAB CADA 8 HORAS
FENOBARBITAL 100MG UNA TAB CADA 8 HORAS
NIEGA SÍNTOMAS DE ALARMA TALES COMO CEFALEA, EPISTAXIS, DOLOR PRECORDIAL, MAREO , FOSFENOS , VISION BORROSA , POLIDIPSIA, POLIURIA , POLIFAGIA, DOLOR ABDOMINAL FIEBRE, LESIONES O ÚLCERAS EN LA PIEL U OTROS SIGNOS DE ALARMA . PACIENTE NIEGA SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIA FAMILIAR. ACUDE SIN NINGUN PARACLINICOS

ANTECEDENTES PERSONALES:

FACTOR RH: No refiere
HTA:. . . . . No refiere
OBESIDAD: . . . . No refiere
DIABETES: . . . . No refiere
DISCAPACIDAD: . . No refiere
Consumo de SPA: . No refiere
Enf. Mental:. . . No refiere
Fumador:. . . . . No refiere
Exp. al Humo. . . No refiere
Alcoholismo:. . . No refiere
Aler. Medicamento No refiere
E.Cardiovascular. No refiere
ICC ICT . . . . . No refiere
Angina. . . . . No refiere
IAM . . . . . No refiere
ICR . . . . . No refiere
Enf. Endocrina. . No refiere
Enf. Renal. . . . No refiere
Enf. Vascular . . No refiere
Dislipidemia. . . No refiere
Retinopatia . . . No refiere
Epoc. . . . . No refiere
Asma. . . . . No refiere
Tbc . . . . . No refiere
Traumas . . . . . No refiere
Ca Prostata . . . No refiere
Ca Gastrico . . . No refiere
Cardiopatias: . . No refiere
Epilepsia:. . . . No refiere
Osteoporosis: . . No refiere
Hipotiroidismo: . No refiere
Poliposis Adenomatosa: No refiere

REVISION POR SISTEMA

NORMAL
CABEZA:. . . . . NIEGA
OJOS:. . . . . NIEGA
NARIZ: . . . . . NIEGA
OIDOS: . . . . . NIEGA
OROFAFINGE:. . . . . NIEGA
CUELLO:. . . . . NIEGA
RESPIRATORIO:. . . . NIEGA
NEUROLOGICO: . . . . NIEGA
ENDOCRINO: . . . . . NIEGA
MUSCULO(ESQUELETICO: NIEGA
HEMATOPOYETICO:. . . NIEGA
LINFORRETICULAR: . . NIEGA
PSIQUIATRICOS: . . . NIEGA
PIEL Y FANERAS:. . . NIEGA
ARTICULAR: . . . . . NIEGA

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA

Codigo de habilitacion 865680020201 nit: 900021788-1

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

HISTORIA CLINICA MEDICINA INTERNA. (MEDICINA INTERNA)

Folio No: 1063123

Admision No: 525805

PACIENTE: ARCINIEGAS TAPIAS YANETH
IDENTIFICACION: CC69028903
No HISTORIA: 69028903
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S.
REGIMEN: Subsidiado

E.CIVIL: Otro
EDAD: 44 Años 1 Mes
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 18/02/1980

FECHA ATENCION: 11/04/2024 02:30 p. m.

TELEFONO: 3217224205
MUNICIPIO: PUERTO ASIS PUT
DIRECCION: B/EL JARDIN

G409-EPILEPSIA. TIPO NO ESPECIFICADO

PLAN DE TRATAMIENTO

· CONTROL MEDICINA INTERNA 2 MESES CON PERFIL HEPATICO, CR, PERFIL LIPIDICO, UTOANALISIS.
SE CONTINUA TTO IGUAL- TIENE MEDICAMENTOS

RESULTADOS DE LABORATORIO

.

ORDEN MEDICA

No	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	2 MESES
2	903818	COLESTEROL TOTAL	1	.
3	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	1	.
4	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1	.
5	903868	TRIGLICERIDOS	1	.
6	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	.
7	907106	UROANALISIS	1	.
8	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	.
9	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1	.
10	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1	.



OFESIONAL: BETANCOURT FAJARDO MAGALI
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA
REGISTRO: 8654503

Fec Impresion: 11/04/2024 2:45:09 p. m. Usuario: ANA Infosalud Net

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. 84

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

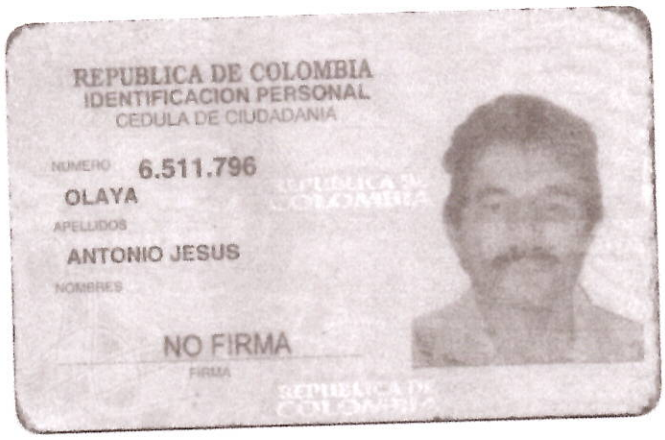
PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Antonio Jesus Olaya **Cedula de ciudadanía** 6511796

Dirección: B/ Simon Bolivar **Contacto:** 3733196455

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

Parentesco: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.511.796

OLAYA

APELLIDOS

ANTONIO JESUS

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1956

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

17-ENE-1976 TRUJILLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-6400200-00597013-M-0006511796-20140709 0039140296A 1 8182957596

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

Código Plantilla:12
Fecha Historia:18/04/2024 08:15 a.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 18/04/2024 08:15 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 6511796 ANTONIO JESUS OLAYA
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 6511796 Cons. Historia: 5590687
Atención: Ambulatorio

IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 18/04/2024
Historia: 6511796
Fecha Nacimiento F: 26/01/1956
GENERO: M
Regimen: SUBSIDIADO
Direccion: B/ SIMON BOLIVAR
Estado Civil: Casado
Gru oblacional: NINGUNO
DAT DE ACUDIENTE Y/O ACOMPAÑANTE
-Parentesco: OTRO

Hora: 08:14
Nombre: ANTONIO JESUS OLAYA
Edad: 68 Años
E.A.P.B.: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Zona: URBANO
Telefono: 3133196455 HERMANO
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
Nivel de Escolaridad: PRIMARIA INCOMPLETA

ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: INGRESO PACIENTE CRONICO - DM
Enfermedad Actual: SE ATIENDE EN MODALIDAD PRESENCIAL A PACIENTE DEBIDO A QUE ES UN CONTROL DE PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD, FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA 18/04/2024 CON EL DX DE HTA DESDE 18/04/2024.

EN MANEJO CON: METFORMINA 850 MG DIA

ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DISNEA, NO CEFALEA, NO MAREO, NO VISION BORROSA, NO EPIGASTRALGIA, NO DOLOR TORACICO, NIEGA OTROS SINTOMAS CARDIOVASCULARES, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS

SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

Sintomatico de Piel: NO

Antecedentes Familiares
Hipertension Arterial:: NO
Dislipidemias:: SI
Enfermedad Coronaria:: NO
Enfermedad Renal:: NO
Ca de Mama:: NO
Ca de Colon:: NO

Diabetes:: NO
Enf Endocrino:: NO
Enf Vascular:: NO
Obesidad:: SI
Ca Gastrico:: NO
Observaciones:: DESCONOCE

ANTECEDENTES PERSONALES
Tiempo de Evolucion de la HTA (Meses/Años): 18/04/2024.
Ex encia con Antihipertensivos y Efectos Secund: NIEGA
Qu gicos: NIEGA
Alergicos: NIEGA
TRAUMATICOS: NIEGA
Nombre de la Its: NIEGA
ANTECEDENTES DE VACUNACION: LO REFERIDO

Cifras Tensionales que maneja: 138/80
Patologicos: HIPOACUSIA EN ESTUDIO - DM
Toxicos: NIEGA
Transfucionales: NIEGA
Antecedente de Its: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NIEGA

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
Preclampsia: NO
Resultado CCU: -

Eclampsia: NO

Antecedentes Farmacológicos
Medicacion Utilizada:: LO REFERIDO
¿Quien administra el tratamiento?: PACIENTE

¿Adherente al tratamiento?: SI

Test de Morinsky-Green-Levine
¿se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?: NO
¿cuando se encuentra bien deja los deja de tomar?: NO

¿descuidado con la hora de toma de medicamentos?: NO
¿si alguna vez le caen, mal los deja de tomar?: NO

Factores de Riesgo Modificables:
Exposicion a humo de leña o carbón: SI

Numero de años?: NO

Nutricion
¿Agrega sal adicional a la comida?: NO
Consumo de grasa (fritos,comida rap,tocino..etc): NO

¿Consume frutas diariamente?: NO

Actividad Fisica
Frecuencia de actividad: OCASIONAL

Duracion de actividad:

Exposición a Toxicos.
Consumo de Psicoactivos: NO
Consumo de cigarrillo: NO
¿Conoce efectos Nocivos?: NO
Frecuencia:: NO FUMA

Habito de Fumar:
¿Edad inicio consumo?: NO
Observaciones: NA
Numero de cigarrillo / dia: < A 10

Signos y Sintomas Relevantes
Revision por Sistemas::
Epistaxis: NO

Cefalea: NO
Alteraciones Visuales: NO

Palpitaciones: NO
Insomnio: NO
Lipotimia: NO
Hipoacusia: NO
edema en ambos pies: NO
Disnea: NO
Poliuria: NO
Polidipsia: NO
Nicturia.: NO
Disuria: NO
Dolor Neuritico: NO
Ulcera en pies: NO
Perdida de peso: NO
Alteracion del equilibrio: NO
Observaciones.: LO REFERIDO

Fatiga: NO
Nerviosismo: NO
Vertigo: NO
Sudoracion: NO
Tos: NO
Hemoptisis: NO
Dolor Precordial: NO
Polaquiuria: NO
Hematuria.: NO
Incontinencia: NO
Claudicación: NO
Impotencia sexual: NO
Alteracion de la marcha: NO
Asintomatico: SI

Examen Fisico
Estado general: -BUENAS CONDICIONES GENERALES

Signos Vitales y Datos Corporales
Fre cardiaca: 71
Temperatura: 36.80
TA 2da Toma: 138/80
Peso(Klg): 68.00
IMC: 24.98
Peso Ideal.: 65.00
Relación Cintura/cadera: 0.80

FR: 19
TA 1era toma: 138/80
TA 3ra Toma: 138/80
Talla (m): 1.65
Peso anterior: 68.00
Perimetro Abdominal.: 91.00

EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
Cabeza: -NORMOCEFALO, SIN MASAS NI TUMEFACCIONES, NO ESTIGMAS DE TRAUMA, CABELLO BIEN IMPLANTADO

Fondo de ojo: NORMAL
Boca: .NORMAL

Ojos: NORMAL
ORL: NORMAL
Cuello: NORMAL

Torax y Pulmones: .-SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE, NO AUSCULTO SOBREAGREGADOS, MV PRESENTE, CAMPOS BIEN VENTILADOS

Corazón: .-RÍTMICOS REGULARES, ADECUADA INTENSIDAD, NO AUSCULTO SOPLOS

Pelvis: NORMAL

Abdomen: -BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, A LA PALPACION NO DOLOR
Genitourinario: NO SE EVALUA

TACTO RECTAL: NO SE EVALUA
Extremidades (pulsos perif., edemas, ulceras): -EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, MÓVILES, NO SE VISUALIZA EDEMAS, LLENADO CAPILAR < 2 SEG
Neurologico: -CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE
Muculo Esqueletico: NORMAL
PIEL: sitio de punción insulina: NA

Piel y Anexos: NORMAL
Ganglios: .NORMAL

Vilencia Intrafamiliar
¿se siente bien con la familia?: NO
¿se siente rechazado por miembro de la flia?: SI
¿ha sido agrededio fisicamente, por familiar?: NO

¿frente a problemas tiene apoyo familiar?: NO
¿existen expresiones de afecto en la familia?: NO
¿ha tenido ideas o pensamiento suicida?: NO

DIAGNOSTICOS
DIAGNOSTICOS: Hipertension Arterial.
Controlada:
Controlada.:
ENFERMEDAD RENAL CRONICA:

Clasificacion::
Clasificación::
Clasificacion.:
Hemograma.: NO

Paraclinicos
Hemograma.: NO
Fecha de resultado.: 18/04/2024
Fecha de solicitud.: 18/04/2024
Hemoglobina Glicosilada.: NO
Colesterol Total.: NO
Fecha del reporte: 18/04/2024
fecha de la solicitud: 18/04/2024
Hdl.: NO
FECHA DE REPORTE.: 18/04/2024
Fecha solicitud ldl: 18/04/2024
Parcial de orina.: NO
Fecha reporte parcial de orina: 18/04/2024
fecha solicitud creatinina: 18/04/2024
Microalbuminuria: NO
fecha reporte microalbuminuria: 18/04/2024
fecha solicitud EKG: 18/04/2024

fecha de solicitud: 18/04/2024
Glicemia Basal.: 0
Fecha de resultado: 18/04/2024
Fecha Solicitud: 18/04/2024
Fecha solicitud.: NO
Trigliceridos.: NO
Fecha Del Reporte.: 18/04/2024
Fecha solicitud hdl: 18/04/2024
Ldl.: NO
Fecha reporte ldl: 18/04/2024
Fecha solicitud parcial de orina: NO
Creatinina serica: NO
Fecha reporte de creatinina: 18/04/2024
fecha solicitud microalbuminuria: 18/04/2024
Electrocardiograma: NO
Fecha reporte de EKG: 18/04/2024

AYUDAS DIAGNOSTICAS
Reportes Imagenologicos: -08.04.2024 GLUCOSA PRE 132 POST 194
-12.04.2024 PDO NO PATOLOGICO PARA IVU LDL 98 TGC 179 CT 158 LDL HDL 23 CREATINURIA 173 ACR 7 MICROAL 13 CREATININA 1.24 HBA1C 7.0 HTO 43.3 HB 14 LEU 7300 PLT 188
-15.04.2024 EKG RITMO SINUSAL 66 LPM SIN ANORMALIDAD

Tratamiento
No Farmacologico:
Explicacion Aspectos Generales de la Enfermedad: -SE EXPLICA AL PACIENTE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NUTRICIONAL, MEDIDAS DE PROTECCIÓN CARDIOVASCULAR, MODIFICAR FACTORES DE RIESGO COMO ALCOHOL, TABAQUISMO, SEDENTARISMO, ALIMENTACIÓN ADECUADA, MEDIDAS DE NEFROPROTECCIÓN COMO DIETA BAJA EN SAL, SE EXPLICA SOBRE LAS COMPLICACIONES Y DAÑOS DE ÓRGANO BLANCO AL NO CONTROL DE SU ENFERMEDAD

Identificación de signos y sintomas de alarma: -DOLOR DE CABEZA INTENSO QUE NO CEDA CON ANALGESIA, CONVULSIONES, DESMAYOS, PARÁLISIS DE PARTES DE LA CARA O CUERPO, DIFICULTAD PARA HABLAR, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR TORÁCICO INTENSO, DOLOR ABDOMINAL INTENSO QUE NO CEDA CON ANALGESIA, AUSENCIA DE DEPOSICIONES POR MÁS DE 8 DÍAS, DOLOR AL ORINAR
PROMOCION DE FATCORES PROTECTORES

ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS

Nit. 846000253

Dir. CR 29 10 10 - Tel. 4229148

carcal copia

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 18/04/2024 08:15:16a.m.

Lugar y Fecha: PUERTO ASIS, PUTUMAYO 18/04/2024 08:15:16a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 6511796 ANTONIO JESUS OLAYA

Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario:SUBSIDIADO NIVEL 1

No Historia: 6511796 Orden N°: 3482953

Registro de Admision:0

- **Procedimiento:** 903843 - GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL { CUPS 903843 }
  Cantidad: 1.00
  Indicaciones: 5590687SS GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL* HEMOGLOBINA GLICOSILADA* CREATININA* PSA TOMAR EL ~~~ 13/07/2024 ~~~

- **Procedimiento:** S19522 - Hemoglobina glicosilada CUPS 903426
  Cantidad: 1.00
  Indicaciones:

- **Procedimiento:** 903822 - CREATININA [CUPS 903895 }
  Cantidad: 1.00
  Indicaciones:

- **Procedimiento:** 906810 - ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA [PSA]
  Cantidad: 1.00
  Indicaciones:

DX Principal: E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

DX Relacionado 1: H902 HIPOACUSIA CONDUCTIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Kevin Rodriguez

KEVIN MATEO RODRIGUEZ JUAJIBIOY

1123316328

Especialidad. MEDICINA GENERAL

Registro. 0

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. 85

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
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: Mariela Castro Rivera **Cedula de ciudadanía** 26436318

Dirección: B/ Simon Bolivar **Contacto:** 3133796455

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

Parentesco: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.436.318

CASTRO RIVERA
APELLIDOS

MARIELA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1959
ACEVEDO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

03-MAR-1978 ACEVEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5400299-43162912-F-0026436316-20071013 01041 07266M 03 226663223

Registro de Salida:
Fecha Historia: 26/01/2024 07:25:35a.m.
Lugar y Fecha: PUERTO ASIS, PUTUMAYO 26/01/2024 07:25:35a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 26436318 MARIELA CASTRO RIVERA
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 26436318 Orden N°: 3402556

R/.

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
DX Relacionado 1: Q714 DEFECTO POR REDUCCION LONGITUDINAL DEL RADIO
DX Relacionado 2: G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas

Kevin Rodriguez

DR. KEVIN MATEO RODRIGUEZ JUAJIBIOY
CC 1123316328
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 0

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

Código Plantilla:12
Fecha Historia:26/01/2024 07:25 a.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 26/01/2024 07:25 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 26436318 MARIELA CASTRO RIVERA
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 26436318 Cons. Historia: 5456781
Atención: Ambulatorio

IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 26/01/2024
Historia: 26436318
Fecha Nacimiento F: 23/04/1959
GENERO: F
Regimen: SUBSIDIADO
Direccion: SIMON BOLIVAR
Estado Civil: Casado
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
Nivel de Escolaridad: PRIMARIA INCOMPLETA
DATOS DE ACUDIENTE Y/O ACOMPAÑANTE
-P .tesco: OTRO

Hora: 07:24
Nombre: MARIELA CASTRO RIVERA
Edad: 64 Años
E.A.P.B.: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Zona: URBANO
Telefono: 3133196455
Ocupacion: No aplica
Grupo poblacional: NINGUNO
Nivel Socioeconomico: MEDIO

ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: CONTROL PACIENTE CRONICO - DM

Enfermedad Actual: SE ATIENDE EN MODALIDAD PRESENCIAL A PACIENTE DEBIDO A QUE ES UN CONTROL DE PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS

PACIENTE FEMENINA DE 64 AÑOS DE EDAD, CON DX DE DM TIPO 2 14/07/2021 + EPILEPSIA, CON FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA EL 30/07/2021.

EN MANEJO CON: INSULINA GLARGINA 10 UI CADA DIA + VILDAGLIPTINA/METFORMINA 50/1000 MG CADA 12 HORAS + LEVETIRACETAM 500 MG CADA 8 HORAS + CARBAMAZEPINA 200 MG CADA 8 HORAS + FENOBARBITAL 100 MG CADA 8 HORAS + CROMOGLICATO DE SODIO 4% GOTERO 2 GOTAS AMBOS OJOS CADA 8 HR POR 10 DÍAS + CIPROFLOXACINA 500 MG CADA 12 HR POR 10 DIAS

ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE SENTIRSE CON DOLOR CON DEFORMIDAD EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO (OTS CON DEFORMIDAD), NIEGA DISNEA, NO CEFALEA, NO MAREO, NO VISION BORROSA, NO EPIGASTRALGIA, NO DOLOR TORACICO, NIEGA OTROS SINTOMAS CARDIOVASCULARES, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS

Sintomatico de Piel: NO
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

Antecedentes Familiares
Hipertension Arterial:: NO
Dislipidemias:: NO
Enfermedad Coronaria:: NO
Enfermedad Renal:: NO
Ca de Mama:: NO
Ca Colon:: SI
Diabetes:: SI
Enf Endocrino:: NO
Enf Vascular:: SI
Obesidad:: NO
Ca Gastrico:: NO
Observaciones:: NIEGA

ANTECEDENTES PERSONALES
Tiempo de Evolucion de la HTA (Meses/Años): NO APLICA
Cifras Tensionales que maneja: 110/80

Experiencia con Antihipertensivos y Efectos Secund: NIEGA
Quirurgicos: NIEGA
Alergicos: NIEGA
TRAUMATICOS: NIEGA
Nombre de la Its: NIEGA
ANTECEDENTES DE VACUNACION: LO REFERIDO
Patologicos: EPILEPSIA, DM
Toxicos: NIEGA
Transfucionales: NIEGA
Antecedente de Its: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NIEGA

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
Menarquia: 13
A: 0
G: 2
Preclampsia: NO
Metodo de planificacion Familiar Utilizado: NO
Citología Cervicovaginal:: NO
Cumple ciclo ccu 1:1:1 - 1:1:3: NO
Menopausia:: SI
C: 0
P: 2
Eclampsia: NO
Tiempo de Uso: NO
Resultado CCU: NA

Antecedentes Farmacológicos
Medicacion Utilizada:: LO REFERIDO
¿Quien administra el tratamiento?: PACIENTE
¿Adherente al tratamiento?: SI

Test de Morinsky-Green-Levine
¿se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?: NO
¿cuando se encuentra bien deja los deja de tomar?: SI
¿descuidado con la hora de toma de medicamentos?: NO
¿si alguna vez le caen, mal los deja de tomar?: NO

Factores de Riesgo Modificables:
Exposicion a humo de leña o carbón: NO
Numero de años?: NO

Nutricion
¿Agrega sal adicional a la comida?: NO
Consumo de grasa (fritos,comida rap,tocino..etc): NO
¿Consume frutas diariamente?: SI

Actividad Fisica

Frecuencia de actividad: SEDENTARIO

Duracion de actividad:
Exposición a Toxicos.
Consumo de Psicoactivos: NO
Consumo de cigarrillo: NO
¿Conoce efectos Nocivos?: NO
Frecuencia:: NO FUMA
Habito de Fumar:
¿Edad inicio consumo?: NO
Observaciones: NA
Numero de cigarrillo / dia: < A 10

Signos y Sintomas Relevantes
Revision por Sistemas::
Epistaxis: NO
Mareos: SI
Palpitaciones: NO
Insomnio: NO
Lipotimia: NO
Hipoacusia: NO
edema en ambos pies: NO
Disnea: NO
Poliuria: NO
Polidipsia: NO
Nicturia.: NO
Disuria: NO
Dolor Neuritico: NO
Ulcera en pies: NO
Perdida de peso: NO
Alteracion del equilibrio: NO
Observaciones.: LO REFERIDO
Cefalea: NO
Alteraciones Visuales: NO
Tinitus: NO
Fatiga: NO
Nerviosismo: NO
Vertigo: NO
Sudoracion: NO
Tos: NO
Hemoptisis: NO
Dolor Precordial: NO
Polaquiuria: NO
Hematuria.: NO
Incontinencia: NO
Claudicación: NO
Impotencia sexual: NO
Alteracion de la marcha: NO
Asintomatico: SI

Examen Fisico
Estado general: -BUENAS CONDICIONES GENERALES

Signos Vitales y Datos Corporales
Fre cardiaca: 80
Temperatura: 36.00
TA 2da Toma: 110/80
Peso(Klg): 74.00
IMC: 30.41
Peso Ideal.: 56.00
Relación Cintura/cadera: 0.90
FR: 15
TA 1era toma: 110/80
TA 3ra Toma: 110/80
Talla (m): 1.56
Peso anterior: 72.00
Perimetro Abdominal.: 92.00

EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
Cabeza: -NORMOCÉFALO, SIN MASAS NI TUMEFACCIONES, NO ESTIGMAS DE TRAUMA, CABELLO BIEN IMPLANTADO
Ojos: NORMAL
Fondo de ojo: NORMAL
ORL: NORMAL
Boca: NORMAL.
Cuello: NORMAL
Torax y Pulmones: .-SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE, NO AUSCULTO SOBREAGREGADOS, MV PRESENTE, CAMPOS BIEN VENTILADOS
Examen de mamas: -NO SE EVALÚA
Corazón: .-RÍTMICOS REGULARES, ADECUADA INTENSIDAD, NO AUSCULTO SOPLOS
Abdomen: -BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, A LA PALPACION NO DOLOR
Pelvis: NORMAL
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades (pulsos perif., edemas, ulceras): -EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, MÓVILES, NO SE VISUALIZA EDEMAS, LLENADO CAPILAR < 2 SEG
Neurologico: -CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE
Muculo Esqueletico: NORMAL
Piel y Anexos: NORMAL
PIEL: sitio de punción insulina: SIN LESIONES
Ganglios: NORMAL.

Vilencia Intrafamiliar
¿se siente bien con la familia?: NO
¿frente a problemas tiene apoyo familiar?: NO
¿se siente rechazado por miembro de la flia?: SI
¿existen expresiones de afecto en la familia?: NO
¿ha sido agrededio fisicamente, por familiar?: NO
¿ha tenido ideas o pensamiento suicida?: NO

DIAGNOSTICOS
DIAGNOSTICOS: Hipertension Arterial.
Clasificacion::
Controlada:
Clasificación::
Controlada.:
Clasificacion.:
ENFERMEDAD RENAL CRONICA:
Hemograma.: NO

Paraclinicos
Hemograma.: NO
fecha de solicitud: 26/01/2024
Fecha de resultado.: 26/01/2024
Glicemia Basal.: 0
Fecha de solicitud.: 26/01/2024
Fecha de resultado: 26/01/2024
Hemoglobina Glicosilada.: NO
Fecha Solicitud: 26/01/2024
Colesterol Total.: NO
Fecha solicitud.: NO
Fecha del reporte: 26/01/2024
Trigliceridos.: NO
fecha de la solicitud: 26/01/2024
Fecha Del Reporte.: 26/01/2024
Hdl.: NO
Fecha solicitud hdl: 26/01/2024
FECHA DE REPORTE.: 26/01/2024
Ldl.: NO
Fecha solicitud ldl: 26/01/2024
Fecha reporte ldl: 26/01/2024
Parcial de orina.: NO
Fecha solicitud parcial de orina: NO
Fecha reporte parcial de orina: 26/01/2024
Creatinina serica: NO
fecha solicitud creatinina: 26/01/2024
Fecha reporte de creatinina: 26/01/2024
Microalbuminuria: NO
fecha solicitud microalbuminuria: 26/01/2024
fecha reporte microalbuminuria: 26/01/2024
Electrocardiograma: NO
fecha solicitud EKG: 26/01/2024
Fecha reporte de EKG: 26/01/2024

AYUDAS DIAGNOSTICAS
Reportes Imagenologicos: 08/07/2022 TG 158 CT 197.8 LDL 105.9 HDL 60.3 CREATININA 0.75 CREATINURIA 29.93 CR 27.73 MICROALBUMINURIA 8.3 GLUCOSA PRE 121.1 POST 196.5 CH : HTO 36.9 HB 8880 NEUTRO 64.6 PLT 302000 EKG RITMO SINUSAL FC 60 LPM
12/10/2022: HB GLICOSILADA 6.1, GLUCOSA PRE 80 POSTPRANDIAL 120
21/02/2023: GLUCOSA PRE 71 POSTPRANDIAL 128

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. 86

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: Cecilia Rivera Melo **Cedula de ciudadanía** 41102242

Dirección: B1 20 julio **Contacto:** 3208273654

Firma de quien recibe Cecilia Rivera Melo **Cedula de ciudadanía** 41.102242

Parentesco: Mamá

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: 11/07/2024

Ficha: 86568172527300000035

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CECILIA

Apellidos: RIVERA MELO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41102242

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/10/2020

Última actualización ciudadano: 21/10/2020

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

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
YHEFRITH	YAMID	RIVERA	MELO

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	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X				

Número de documento de identidad: **1028783055**

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	5	19

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

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	70.83
Movilidad	45.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	64.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b110.3 ; b122.3 ; b140.3
2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
d133.3 ; d840.4 ; d730.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
LEIDY NATHALIA ERAZO HERNANDEZ	Medicina	CC-1123306021
YADDY LIZETH ACOSTA DAVID	Enfermería	CC-69022681
FREYDE NASARIO ROSERO CEBALLOS	Psicología	CC-87491251

El certificado de discapacidad no se utilizará 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
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. 87

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: Jose Alvaro Cordoba **Cedula de ciudadanía** 97410169

Dirección: V/ Agua blanca Cuembi **Contacto:** 3208338162

Firma de quien recibe _____ **Cedula de ciudadanía** 1723205938

Parentesco: Hijo

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
JOSE	ALVARO	CORDOBA	OBANDO

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	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				X			

Número de documento de identidad: 97410169

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	22

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	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50,00
Movilidad	50,00
Cuidado Personal	31,25
Relaciones	55,00
Actividades de la Vida Diaria	75,00
Participación	78,13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b729.2 b799.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.248 s7102.273 s7600.278

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 d570.3 d879.3

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/07/2024

Ficha: 86568017527200002055

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE ALVARO

Apellidos: CORDOBA GIRALDLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 97410169

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/09/2019

Última actualización ciudadano: 19/09/2019

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. 88

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
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: Eliny Trujillo Espinosa **Cedula de ciudadanía** 47103043

Dirección: B/ Ciudadela Amazonica **Contacto:** 3233373570

Firma de quien recibe Eliny Trujillo E **Cedula de ciudadanía** _____

Parentesco: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 41.103.043
TRUJILLO ESPINOSA

APELLIDOS
ELINY

NOMBRES

Eliny Trujillo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1965
MERCADERES
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-SEP-1983 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6400200-01233591-F-0041103043-20210520 0074405250A 1 54666750

del PUTUMAYO

RESUMEN DE EPICRISIS

PACIENTE: ELINY TRUJILLO ESPINOSA	**IDENTIFICACION:** CC 41103043	**HC:** 41103043 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 16/8/1965 EDAD: 57 AÑOS	**SEXO:** F	**TIPO AFILIADO:** SUBSIDIADO
RESIDENCIA: URB BR EL PRADO	PUTUMAYO-PUERTO ASIS	**TELEFONO:** 3233373510
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**	**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 21/10/2022 07:43 AM	**FECHA EGRESO:** 21/10/2022 03:32 PM	**CAMA:**
DEPARTAMENTO INGRESO: 110103 - URGENCIAS PRIORITARIA	**SERVICIO INGRESO:** URGENCIAS	
DEPARTAMENTO EGRESO: 110103 - URGENCIAS PRIORITARIA	**SERVICIO EGRESO:** URGENCIAS	
ENTE: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.	**PLAN:** EMSSANAR E.P.S S.A.S SUBSIDIADO 2022-2	

DATOS DEL INGRESO

- **MOTIVO CONSULTA**

  " ME DUELEN MUCHOS LAS MANOS Y ME AFECTA EL FRIO"

- **ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL**

  PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES DE ARTRITIS EN EL MOMENTO SIN MANEJO QUIEN CONSULAT EN EL DIA DE HOY POR CUADRO CLINICO DE DOLORA NIVEL DE LAS MANOS CON DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR Y DEFORMIDAD OSEASM CUADRO CLINICO QUE SE EXACERBA CON EL FRIO, MANEJADO EN CASA CON ANALGESICOS COMUNES SIN MEJORIA POR LO QUE CONSULTA ANTECEDENTES PERSINALES: PATOLOGICOS : ARTRITIS HACE MAS DE 20 AÑOS - SIN TRATAMMIENTO HACE 7 AÑOS MEDICAMENTOS: ANALGESICOS COMUNES QUIRURGICOS: NIEGA GINECOLOGICOS: G6P4A2 HOSPITALICACIONES: NIEGA VACUNAS COVID 19 : 2 DOSIS TOXICOS: NIEGA FAMILIARES: NIEGA

- **ANTECEDENTES PERSONALES**

GRUPO	ANTECEDENTE	OP	DETALLE

- **EXAMEN FISICO**

SISTEMA		HALLAZGO
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.
ESTADO GENERAL	NORMAL	ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO
NEUROLOGICO	NORMAL	SIN DEFICIT SENSITIVO- MOTOR, GLASGOW 15/15,
PIEL Y FANERAS	NORMAL	SIN ALTERACIONES
GENITOURINARIO	NORMAL	SIN ALTERACIONES ESTRUCTURALES, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIRUGADOS
EXTREMIDADES	ANORMAL	EUTROFICAS ADECUADA PERFUSION DISTAL, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS,PULSOS DISTALES PALPABLES, SE OBSEREVA DEFORMIDAD EN DEDOS DE LAS MANOS CON LEVE EDEMA Y DOLOR A LA MOCILICAZACION
ABDOMEN	NORMAL	BLANDO Y DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES
CARDIO PULMONAR	NORMAL	TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
CABEZA Y CUELLO	NORMAL	CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIN INGURGITACION YUGULAR NO SE OBSERVAN MASAS, CUELLO SIMETRICO

- **REVISIÓN POR SISTEMA**

Cabeza y cuello	NO REFIERE

Cardio Pulmonar	NO REFIERE
Abdomen	NO REFIERE
Extremidades	NO REFIERE
Genitourinario	NO REFIERE
Piel y Faneras	NO REFIERE
Neurologico	NO REFIERE
Estado General	NO REFIERE
Examen Mental	NO REFIERE

ANALISIS DE INGRESO

FECHA	DESCRIPCION
21/10/2022	PACIENTE CON HISTORIA CLINICA ANOTADA A QUIEN SE LE ORDENA MANEJO MEDICO S/s PARACLINICOS Y VALORACION POR REUMATOLOGIA

- **APOYOS DIAGNOSTICOS**

- **DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO
M069	ARTRITIS REUMATOIDE NO ESPECIFICADA	IMPRESION DIAGNOSTICA	P
M255	DOLOR EN ARTICULACION	IMPRESION DIAGNOSTICA	

DATOS DE LA EVOLUCION

- **DATOS DE LA EVOLUCION**

ALTA MEDICA

METOTREXATE TABLETAS 2.5 MG
USO: TOMAR 2 TABLETAS VIA ORAL ANTES DE ACOSTARSE LOS VIERNES, SABADO Y DOMINGO

ADICO FOLICO TABLETAS 1 MG
USO: TOMAR 2 TABLETA VIA ORAL AL DIA

PREDNISOLONA TABLETAS 5 MG
USO: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CON EL DESAYUNO

LEFLUNOMIDA TAB 20 MG
USO. TOMAR 1 TAB VO DIA

DICLOFENACO TAB 50 MG
USO: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 12 H

CITA CONTROL EN 1 MES

S/S FUNCION RENAL Y HEPATICA
ORDEN DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: NITROGENO UREICO ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] ,JUSTIFICACION: ,
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] ,JUSTIFICACION: , INGRESO A URGENCIAS
DIETA HIPOSODICA
TAPON VENOSO
S/S HEMOGRAMA, VSG, BUN, CREATININA
S/S FACTOR REUMATOIDEO, ANTICUERPOS ANTICITRULINA
S/S ANTICUERPOS ANTINUCLEARES, ANTICUERPOS DNA
S/S ANTICUERPOS ANTINUCLARES EXTRATABLES
S/S COMPLEMENTO C3, C4, GLUCISA
S/S VALORAICON POR REUMATOLOGIA
CONTROL DE SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS
ORDEN DE INTERCONSULTA: REUMATOLOGIA, CANTIDAD: 1
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO ,JUSTIFICACION: , GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA ,JUSTIFICACION: , NITROGENO UREICO ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] ,JUSTIFICACION: ,
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO ,JUSTIFICACION: ,
ORDEN DE APOYO DIAGNOSTICO: COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO ,JUSTIFICACION: ,

- MEDICAMENTOS

DATOS DEL EGRESO

- PLAN DE SEGUIMIENTO

- CAUSA DE SALIDA
  TIPO CAUSA : ORDEN MEDICA
  REMITIDO A : SALIDA

PROFESIONAL : CARLOS ALBERTO ALARCON REYES
CC - 10538090 - T.P 10538090
ESPECIALIDAD - REUMATOLOGIA

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC

NIT: 901201887

Fecha :

Atendio : 368 - MARLLY DANEICY OSORIO CARRERA

Identifi: CC 41103043

Paciente: ELINY TRUJILLO ESPINOSA

Edad : 57 Años Sexo :F Fecha nacimiento:1965-08-16

HC : CC41103043

Cliente : EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.

Plan : EMSSANAR E.P.S S.A.S SUBSIDIADO 2022-2

Tipo Afiliado: SUBSIDIADO

Profesional: MANUEL JOSE DUARTE CAICEDO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Diagnosticos: M069 - M255

SOLICITUD DE SERVICIOS

704593 - 906417 - (1)DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Observación:

MANUEL JOSE DUARTE CAICEDO
MÉDICO
CC 1121042466

Profesional: MANUEL JOSE DUARTE CAICEDO
CC - 1121042466 **T.P** - 1121042466
Especialidad - MEDICINA GENERAL

704597 - 906908 - (1)COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO

Observación:

MANUEL JOSE DUARTE CAICEDO
MÉDICO
CC 1121042466

Profesional: MANUEL JOSE DUARTE CAICEDO
CC - 1121042466 **T.P** - 1121042466
Especialidad - MEDICINA GENERAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: M069 - ARTRITIS REUMATOIDE NO ESPECIFICADA

MANUEL JOSE DUARTE CAICEDO
MÉDICO
CC 1121042466

Nombres y Apellidos del Médico: MANUEL JOSE DUARTE CAICEDO
Registro Médico No.: 1121042466

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. 89

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

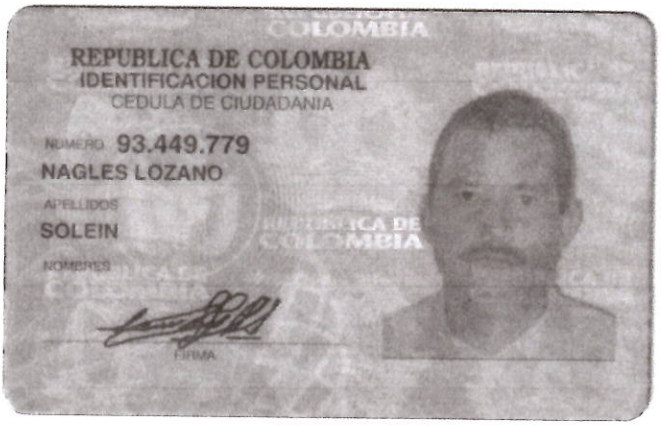
PRODUCTO	Cant Producto
Arroz	4
Fríjol	2
Lenteja	1
Pasta Alimenticia spaghetti	1
Pasta Alimenticia sopa	1
Harina de Trigo	1
Leche en polvo – entera	1
Panela	1
Sal natural yodada- refinada	1
Aceite vegetal	1
Atún en Lomitos	2
Azúcar	1
Café Molido	1
Maíz trillado	1

Nombre del beneficiario: Solein Nagles Lozano **Cedula de ciudadanía** 93449779

Dirección: B/ Prado **Contacto:** 3174000677

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

Parentesco: _____


COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 93.449.779
NAGLES LOZANO
APELLIDOS
SOLEIN
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1973
ATACO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
26-SEP-1991 CHAPARRAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00180829-M-0093449779-20090924
1340107448

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 11/07/2024

Ficha: 86568473828800001049

B2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SOLEIN

Apellidos: NAGLES LOZANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93449779

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2023

Última actualización ciudadano: 23/11/2023

Última actualización via registros administrativos:

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LAURA DEL MAR BENAVIDES LEGARDA

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco

Teléfono: 4221640 - 3222209148

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

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

HISTORIA CLINICA

IOMBRE: SOLEIN NAGLES LOZANO	IDENTIFICACION: CC 93449779	HC: 93449779 - CC	EDAD: 50 Años	SEXO: F
ECHA DE NACIMIENTO: 8/4/1973	RESIDENCIA: ACT CL LAS COLINAS	TELEFONO:	PUTUMAYO-PUERTO ASIS	
ONA RESIDENCIAL: URBANA	ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	OCUPACION: NINGUNA		
IR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:		
ECHA INGRESO: 1/4/2024 - 14:32:32	FECHA EGRESO: 1/4/2024 - 15:44:07	CAMA:		
EPARTAMENTO: 110201 - CONSULTA XTERNA	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:			
LIENTE: ASMET SALUD	PLAN: ASMET SALUD EPS SUB EVENTO	TIPO AFILIADO: SUBSIDIADO		
PS: UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA XTERNA	DIRECCION: PRIMER PISO	TELEFONO IPS: 3503160055		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2024-04-01	15:39 **MARTIN.NAVARRO - YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES** **ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA** **MOTIVO DE CONSULTA :** VENGO POR UN CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD **ENFERMEDAD ACTUAL :** PCTE CON ANTECEDENTE DE TRAUMA RAQUIMEDULAR HACE 9 A?OS AL CAER DE ALTURA POSTERIOR A ESTO PARAPLEJIA AL MOMENTO CONSULTA PARA VALORACION MEDICA

REVISION POR SISTEMA DEL PACIENTE

SISTEMA	OBSERVACION	FECHA REGISTRO
Estado General	NIEGA	2024-04-01 03:36
Cabeza y cuello	NIEGA	2024-04-01 03:36
Cardio Pulmonar	NIEGA	2024-04-01 03:36
Abdomen	NIEGA	2024-04-01 03:36
Extremidades	NIEGA	2024-04-01 03:36
Genitourinario	NIEGA	2024-04-01 03:36
Piel y Faneras	NIEGA	2024-04-01 03:36
Neurologico	NIEGA	2024-04-01 03:36
Examen Mental	NIEGA	2024-04-01 03:36

EXAMEN FISICO/MENTAL

USUARIO	FECHA
YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES	2024-04-01

TIPO SISTEMA	VALORACION	HALLAZGO
Estado General	**NORMAL**	ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO
Cabeza y cuello	**NORMAL**	CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO SIN INGURGITACION YUGULAR NO SE OBSERVAN MASAS
.	.	CUELLO SIMETRICO
Cardio Pulmonar	**NORMAL**	TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS
.	.	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
Abdomen	**NORMAL**	BLANDO Y DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL RUIDOS
.	.	INTESTINALES PRESENTES
Extremidades	**ANORMAL**	SENSIBILIDAD HASTA T10 LIMTACION PARA LA PINZA EN MIEMBTROS SUPERIOES PARAPEJIA EN MIEMBROS
.	.	INFERIORES
Genitourinario	**NORMAL**	SIN ALTERACIONES ESTRUCTURALES, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIRUGADOS
Piel y Faneras	**NORMAL**	SIN ALTERACIONES

Neurologico	NORMAL	SIN DEFICIT SENSITIVO- MOTOR, GLASGOW 15/15,
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
.	.	

INFORMACION DE LA EVOLUCION

Evolucion: 3134367	Ingreso No: 131926	Cuenta: 142654

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
G822	PARAPLEJIA NO ESPECIFICADA.	.	.	YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES	2024-04-01
.	.	.	.	.	.

ORIGEN DE LA ATENCION	Otro tipo de accidente

FECHA	RESUMEN DEL EVOLUCION CONSULTA EXTERNA
2024-04-01	15:43 MARTIN.NAVARRO - YAMID MARTIN NAVARRO JAIMES ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA CONCEPTO MEDICO DE ORTOPEDIA PACIENET CON ANTECEDENTE DE PARAPLEJIA DE MIEMBROS INFERIORES SECUENDARIO A CAIDA DE ALTURA Y POSTERIRO TRAUAM RAQUIMEDULAR A NIVEL CERVICAL AL MOMENTO PACTE CON MOVILIZACION EN SILLA DE RUEDAS PACTE CON LIMITACION PARA LA DEMABULACION POR ANTECEDENTE TRAUAMTICO REQUIERE ASISTENCIA DE SILLA ED RUEDAS PARA DESPLAZARSE

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
G822	PARAPLEJIA NO ESPECIFICADA

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

'AMID MARTIN NAVARRO JAIMES



'ROFESIONAL
:C - 1085250629 - T.P 1085250629
)RTOPEDIA

nprimió: YURANIS BERRIO DE LA CRUZ - YURANIS.BERRIO

Fecha Impresión : 2024/4/1 - 15:46:58

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. 90

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
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: Brayan Alexander Carpocal **Cedula de ciudadanía** 1123314921

Dirección: B/ Prado **Contacto:** 3124926457

Firma de quien recibe Esperanza Balcazar **Cedula de ciudadanía** 69029180

Parentesco: Mamá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.123.314.921**

GUAPUCAL BALCAZAR

APELLIDOS

BRAYAN ALEXANDER

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1997**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-MAY-2015 PUERTO ASIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6400200-00731852-M-1123314921-20150809 **00457**40236A 1 43719097

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA

Direccion: CLL12 N°27-03 BR EL RECREO Telefono: 098 4227906 3138251619.

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO.

Folio No: 486076 Fecha Impresion: 05/09/2019

PACIENTE:	GUAPUCAL BALCAZAR BRAYAN ALEXAND	**E.CIVIL:**	Otrc	FECHA INGRESO:	05/09/2019 04:56 p.m.
IDENTIFICACION:	CC1123314921	**EDAD:**	22 Años 5 Meses	FECHA EGRESO:	05/09/2019 05:17 p.m.
No HISTORIA:	1123314921	**SEXO:**	Masculino	**TELEFONO:**	3124926451
EMPRESA:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAI	**FEC. NAC:**	10/03/1997	**MUNICIPIO:**	PUERTO ASIS (PUT)
DIAGNOSTICO:				**DIRECCION:**	EL PRADO

DATOS GENERALES:

PROFESION: . . . . . .No Aplica
ESCOLARIDAD: . . . . .Basica Primaria

DIAGNOSTICO INGRESO:

F729: RETRASO MENTAL GRAVE. DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIF
F209: ESQUIZOFRENIA. NO ESPECIFICADA
G409: EPILEPSIA. TIPO NO ESPECIFICADO

OBSERVACIONES: Certificado psiquiátrico

iente con los siguientes diagnósticos: Discapacidad intelectual grave - Esquizofrenia - Epilepsia. No está en ndiciones de laborar, por sus patologías psiquiártricas. Depende de la familia para su subsistencia.

El presente certificado se expide, por solicitud de la mamá.

PLAN:

Continuar en controles con psiquiatría.
Debe recibir medicamentos de manera indefinida.

Alejandro Pérez B.
Médico Psiquiatra
Reg. Med. 2150-08
C.C. N° 4.517.584

MEDICO: PEREZ BUSTAMANTE ALEJANDRO

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

REG MEDICO: 4517584

FIRMA PACIENTE:

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 11/07/2024

Ficha: 86568470527500003438

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BRAYAN ALEXANDER

Apellidos: GUAPUCAL BALCAZAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1123314921

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/08/2023

Última actualización ciudadano: 24/08/2023

Última actualización via registros administrativos:

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LAURA DEL MAR BENAVIDES LEGARDA

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco

Teléfono: 4221640 - 3222209148

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ENLACE DISCAPACIDAD MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS

ACTA DE ENTREGA KITS PAQUETES ALIMENTARIOS

No. 91

Fecha de entrega: 11/07/2024

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

KIT DE ALIMENTOS

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

Nombre del beneficiario: Ange Katherine Guzman **Cedula de ciudadanía** 1123378923

Dirección: B/ Camilo Torres **Contacto:** 3212497330

Firma de quien recibe Blanca Recalde **Cedula de ciudadanía** 69022708

Parentesco: Mamá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.123.318.923**

GUZMAN REALPE

APELLIDOS

ANGIE KATHERINE

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1999**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

03-OCT-2017 PUERTO ASIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6400200-00953809-F-1123318923-20171110 0058459579A 1 47990905

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: 07/10/2024

Ficha: 86568470527300010701

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGIE KATHERINE

Apellidos: GUZMÁN REALPE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1123318923

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/10/2023

Última actualización ciudadana: 05/10/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre del administrador: LAURA DEL MAR BENAVIDES LEGARDA

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco

Teléfono: 4221640 - 3222209148

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

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

HOSPITAL LOCAL E S E

odigo Plantilla:04
cha Historia:09/02/2024 09:08 a.m.
gar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 09/02/2024 09:08 a.m.
ocumento y Nombre del Paciente: CC 1123318923 ANGIE KATHERINE GUZMAN REALPE
lministradora: NUEVA EPS Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
o Historia: 1123318923 Cons. Historia: 5480113
ención: Ambulatorio

STORIA
VOLUCION MEDICA GENERAL:

STORIA
ENTIFICACION GENERAL
cha: 09/02/2024
storia: 1123318923
lad: 24 Años
na: URBANO
lefono: 3212497330
ERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
I ACION DE DESPLAZAMIENTO: NO
D ESIS
otivo de la Consulta: " POR LOS EXAMNES
nfermedad Actual: PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTA EN CONSULTA CON RESULTADO DEL DIA 17/012/2023 TOMOGRAFIA AXIAL OMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

stema ventricular supratentorial levemente dilatado sin signos de hidrocefalia. Amplitud del sistema subaracnoideo en fosa posterior como variante anatómica. ıénquima cerebeloso, tallo, cisterna de la base y cuarto ventrículo normal. A nivel supratentorial se observa cisuras de Silvio, de la convexidad y cisterna praselar normal. Ganglios basales, tálamo y cuerpo calloso dentro de la normalidad. Región selar, paraselar y retro-oculares, sin alteraciones aparentes. No y signos de sangrado intra o extra axial. No hay desplazamiento de línea media. En las Cavidades paranasales se destaca con poca neumatizacion de celdillas astoideas a nivel bilateral. Esqueleto regional normal.

PINION:

PARÉNQUIMA ENCEFÁLICO SIN IMÁGENES QUE SUGIERAN PATOLOGÍA AGUDA AL MOMENTO DEL ESTUDIO.
CELDILLAS MASTOIDEAS CON POCA NEUMATIZACION A CORRELACIONAR CON DATOS DE OTOMASTOIDITIS CRÓNICA.
MEGA CISTERNA MAGNA COMO VARIANTE ANATÓMICA.
SEMOIGRAMA NORMAL PDO, NORMAL, GLUCOSA NROMAL AZOADOS NORMAL, TSH NORMAL 1.3
E REMITE PACIENTE A MEDICINA INTERNA, POR ANTECEDENTES DE RM, EPILEPSIA, SIN TTO ACTUAL ,SUSPENDIDO POR ESPECIALIDAD. SE BORDA PACIENTE CONE PP

NTOMATICO RESPIRATORIO: NO
st:could it be copd
ESTCOULD IT BE COPD: NO
ene flema u mucosidad la mayoria de los dias?.: NO
mayor de 40 años ?.: NO
3 un pte con posible enfermedad respiratoria:
a Programa de EPOC: NO
Revision por Sistemas: LO DESCRIOT
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: PATOLOGICO RETRASO MENTAL, EPILEPSIA
NTECEDENTES DE VACUNACION: NIEGA
NTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
enarquia: 13
0
0
em: 0
0
ECHA ULTIMA CCU: 09/02/2024
anifica?
anifica?: No
amen Fisico
tado general: ESTABLE
gnos Vitales y Datos Corporales
so(Klg): 56.00
C: 26.63
e cardiaca: 97
: 100/65
G: 0
A: 0
C: 0
M: 0
Mol: 0
Talla (m): 1.45
FR: 20
Temperatura: 36.10

AMEN FISICO CEFALO CAUDAL
abeza:
ORMOCEFALA SIN MASAS NI TUMEFACCIONES, NO ESTIGMAS DE TRAUMA, CABELLO BIEN IMPLANTADO
urologico:
ORMOCEFALA SIN MASAS NI TUMEFACCIONES, NO ESTIGMAS DE TRAUMA, CABELLO BIEN IMPLANTADO
os: PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS BLANCAS
RL:

IN ALTERACIONES EVIDENTES. OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, NARIZ PERMEABLE
oca: .MUCOSA ORAL HIDRATADA SIN LESIONES, NORMOCROMICA
uello: CUELLO SIMETRICO, MOVIL SIN ADENOPATIAS SIN SOPLOS, NO DOLOROSO
orax y Pulmones: .SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE NO AUSCULTO SOBREAGREGADOS, MV PRESENTE.
orazón: .RITMICOS REGULARES, ADECUADA INTENSIDAD, NO AUSCULTO SOPLOS
bdomen:
LANDO, DEPRESIBLE, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, NO DOLOROSO A LA PALPACION
elvis: ESTABLE **Genitourinario:** NORMOCNFIGURADO
parato Locomotor:
LANDO, DEPRESIBLE, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, NO DOLOROSO A LA PALPACION
iel y Anexos: SIN LESIONES **Ganglios:** NO.
STADO NUTRICIONAL: SOBREPSO **ESTADO PSICOSOCIAL:** ADECUAOD
YUDAS DIAGNOSTICAS
eportes de laboratorio: escribir resultados reportes de laboratorio **Reportes Imagenologicos:** describir imagenes (rx,ecografias, etc.).

emitido a programa de PyP
MPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Principal: G404-OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS
Dx. Relacionado 1: F798-RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO
ipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA **Finalidad de la Consulta:** No Aplica
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
PLAN DE MANEJO: PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTA EN CONSULTA CON RESULTADO DEL DIA 17/012/2023 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

Sistema ventricular supratentorial levemente dilatado sin signos de hidrocéfalia. Amplitud del sistema subaracnoideo en fosa posterior como variante anatómica. Parénquima cerebeloso, tallo, cisterna de la base y cuarto ventrículo normal. A nivel supratentorial se observa cisuras de Silvio, de la convexidad y cisterna supraselar normal. Ganglios basales, tálamo y cuerpo calloso dentro de la normalidad. Región selar, paraselar y retro-oculares, sin alteraciones aparentes. No hay signos de sangrado intra o extra axial. No hay desplazamiento de línea media. En las Cavidades paranasales se destaca con poca neumatizacion de celdillas mastoideas a nivel bilateral. Esqueleto regional normal.

OPINION:

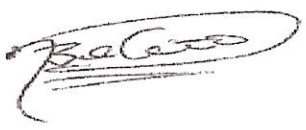
1. PARÉNQUIMA ENCEFÁLICO SIN IMÁGENES QUE SUGIERAN PATOLOGÍA AGUDA AL MOMENTO DEL ESTUDIO.
2. CELDILLAS MASTOIDEAS CON POCA NEUMATIZACION A CORRELACIONAR CON DATOS DE OTOMASTOIDITIS CRÓNICA.
3. MEGA CISTERNA MAGNA COMO VARIANTE ANATÓMICA.

HGEMOIGRAMA NORMAL PDO, NORMAL, GLUCOSA NROMAL AZOADOS NORMAL, TSH NORMAL 1.3
SE REMITE PACIENTE A MEDICINA INTERNA, POR ANTECEDENTES DE RM, EPILEPSIA, SIN TTO ACTUAL ,SUSPENDIDO POR ESPECIALIDAD
Signos de Alarma: SE EXPLICA QUE EN CASO DE PRESENTAR LOS SIGUIENTES SIGNOS DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS O AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO Y LA IMPORTANCIA DE LA NO AUTOMEDICACION; DOLOR INTENSO EN EL PECHO QUE SE PASE AL CUELLO O EL BRAZO IZQUIERDO, SE AHOGA CON MAS FACILIDAD AL HACER ALGUN ESFUERZO FISICO. DOLOR DE CABEZA INTENSO, NO ES CAPAZ DE PRONUNCIAR PALABRAS O HABLA ENRREDADO, PIERDE LA FUERZA DE ALGUN LADO DEL CUERPO, SE TUERCE LA CARA HACIA ALGUN LADO, CONVULSIONES, DESMAYOS, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, AUSENCIA DE DEPOSICIONES POR MAS DE 8 DIAS, DOLOR AL ORINAR

Recomendaciones: SE RECOMIENDA CONTINUAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE INICIANDO POR LA ALIMENTACION; LA INCLUSION DE MAS FIBRA, FRUTAS, VERDURAS Y BEBER AGUA. DISMINUIR EL CONSUMO DE FRITOS, HARINAS Y AZUCARES. SI FUMA DEJAR DE HACERLO O ABSTENERSE DE SUS DERIVADOS, REDUCIR AL MAXIMO EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SODIO. MEJORAR SU RESPUESTA AL ESTRES, Y MANTENER UN PESO ADECUADO PARA SU ESTATURA. HACER EJERCICIO AEROBICO; 30MIN AL DIA O 3 VECES A LA SEMANA SEGUIR AL PIE DE LETRA LAS RECOMENDACIONES DADAS EN LA CONSULTA POR SU MEDICO TRATANTE PARA LA TOMA DE MEDICAMENTOS EN HORARIO Y FORMA INDICADOS. SI PRESENTA LOS SIGNOS DE ALARMA YA EXPLICADOS DIRIGIRSE A UNA UNIDAD DE ATENCION CERCANA Y NO AUTOMEDICARSE O ESPERAR EN CASA LA RESOLUCION DE LOS SINTOMAS. ASISTIR A CONTROLES INDICADOS, REALIZARSE EXAMENES MEDICOS EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS Y ACUDIR PARA SU REVISION. REALIZAR LOS TRAMITES NECESARIOS ANTE SU EPS Y ACUDIR A CITAS CON ESPECIALIDADES SI ES NECESARIO. SIEMPRE MANIFIESTE SUS DUDAS ANTE SU MEDICO Y SOLICITAR ACLARACIONES SI LAS NECESITA. EDUCACION EN ETS, USO DE CONDON OBLIGATORIO EN TODAS LAS RELACIONES SEXUALES DESDE EL COITO, EDUCACION EN METODOS DE PLANIFIACION FAMILIAR HASTA LA EDAD FERTIL APROXIMADMENTE 49 AÑOS. ACUDIR A CITA DE CONTROL DE LA ADULTEZ.

RECOMENDACIONES COVID-19
-Lávate las manos con agua y jabón frecuentemente, así reduces hasta un 50% el riesgo de contagio
-Evita el contacto cercano con otras personas tengan o no infección respiratoria, guarda distancia segura de 1 metro mínimo, si no es posible, usa siempre tapabocas (úsalo siempre que salgas a la calle)
-Estornuda, tose y bosteza cubriendo la cara con la parte interna del antebrazo (codo) o utilizando pañuelo desechable, nunca te cubras con la mano.
-Evita en todo momento tocarte la cara sin lavarte antes bien las manos con agua y jabón.
-No te toques el tapabocas, si lo tocas, debes lavarte las manos; para retirarlo, retíralo desde las tiras de fijación.
-Limpia y desinfecta los objetos y las superficies que tocas u otros tocan con frecuencia.
-Si sales de casa, usa ropa para salir diferente a la de estar en casa, al llegar, establece una zona al ingreso para dejar la ropa y los zapatos que usaste fuera, esa ropa la debes lavar con agua y jabón, la suela de los zapatos la puedes limpiar con alcohol o agua y jabón, deja los zapatos fuera para que se ventilen.
-Báñate apenas llegues y cambia de ropa, haz esto, antes de interactuar con tu familia.

AUTOEXAMEN DE MAMA CADA MES, SE DA EDUCACION DE COMO REALIZARLO, ESCOGER UNA FECHA ESPECIFICA EN EL MES, PARARSE FRENTE AL ESPEJO OBSERVAR MAMA, SIMETRIA DE LAS MAMAS, CAMBIOS EN EL COLOR DE LA PIEL, APARIENCIA DE LOS PEZONES, SI OBSERTA HUNDIMIENTOS O BULTICOS, DESPUES PROCEDER A LA PALPACION, LEVANTAR UNA BRAZO Y PASAR POR DETRAS DE CABEZA, CON MANO CONTRARIA REALIZAR PALPACION DE AFUERA HACIA ADENTRO EN FORMA DE CARACOL. SI HAY DOLOR O PALPA MASA ACUDIR A MEDICO. REALIZAR MISMO PROCEDIMIENTO ACOSTADA EN LA CAMA, REALIZAR PALPACION DE MAMAS.



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

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: 09/02/2024 **ESPECIALIDAD SOLICITANTE:** MEDICINA GENERAL

EVENTO: ENFERMEDAD GENERAL

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

SERVICIO AL QUE REMITE: AMBULATORIO

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: CC 1123318923 Paciente GUZMAN REALPE ANGIE KATHERINE
F Nacimiento: 27/06/1999 Edad: 24 año(s) Sexo: FEMENINO

Residencia Habitual: COLOMBIA* PUTUMAYO* PUERTO ASIS

Responsable del Paciente
BLANCA REALP ESPAÑA
Madre
3103902787
Residencia Actual:

AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL

Régimen Subsidiado - Número de Ficha Sisben: Nombre EPS/ARS/CAJA: NUEVA EPSNivel de Pobreza: SUBSIDIADO NIVEL 1

SERVICIOS SOLICITADOS

VAL POR MEDICINA INTERNA

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO: G404 OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS

OBSERVACIONES

PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTA EN CONSULTA CON RESULTADO DEL DIA 17/012/2023 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

Sistema ventricular supratentorial levemente dilatado sin signos de hidrocefalia. Amplitud del sistema subaracnoideo en fosa posterior como variante anatómica. Parénquima cerebeloso* tallo* cisterna de la base y cuarto ventrículo normal. A nivel supratentorial se observa cisuras de Silvio* de la convexidad y cisterna supraselar normal. Ganglios basales* tálamo y cuerpo calloso dentro de la normalidad. Región selar* paraselar y retro-oculares* sin alteraciones aparentes. No hay signos de sangrado intra o extra axial. No hay desplazamiento de línea media. En las Cavidades paranasales se destaca con poca neumatizacion de celdillas mastoideas a nivel bilateral. Esqueleto regional normal.

OPINION:

1. PARÉNQUIMA ENCEFÁLICO SIN IMÁGENES QUE SUGIERAN PATOLOGÍA AGUDA AL MOMENTO DEL ESTUDIO.
2. CELDILLAS MASTOIDEAS CON POCA NEUMATIZACION A CORRELACIONAR CON DATOS DE OTOMASTOIDITIS CRÓNICA.
3. MEGA CISTERNA MAGNA COMO VARIANTE ANATÓMICA.

HGEMOIGRAMA NORMAL PDO* NORMAL* GLUCOSA NROMAL AZOADOS NORMAL* TSH NORMAL 1.3
SE REMITE PACIENTE A MEDICINA INTERNA* POR ANTECEDENTES DE RM* EPILEPSIA* SIN TTO ACTUAL *SUSPENDIDO POR ESPECIALIDAD

PRIORIDAD DE LA REMISION: Prioritaria Urgente

REMISIÓN DE PACIENTES

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

Consulta 09/02/2024 09:08 AM - NICANOR ARTURO BELEÑO RAMIREZ - MEDICINA GENERAL

IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 09/02/2024
Hora: 09:07
Historia: 1123318923
Nombre: ANGIE KATHERINE GUZMAN REALPE
Edad: 24 Años
E.A.P.B.: NUEVA EPS
Zona: URBANO
Direccion: CAMILO TORRES
Telefono: 3212497330
Estado Civil: Soltero
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
PRESENTA DISCAPACIDAD: NO
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: NO

ANAMNESIS
Motivo de la Consulta:" POR LOS EXAMNES
Enfermedad Actual:PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTA EN CONSULTA CON RESULTADO DEL DIA 17/012/2023 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

Sistema ventricular supratentorial levemente dilatado sin signos de hidrocefalia. Amplitud del sistema subaracnoideo en fosa posterior como variante anatómica. Parénquima cerebeloso* tallo* cisterna de la base y cuarto ventrículo normal. A nivel supratentorial se observa cisuras de Silvio* de la convexidad y cisterna supraselar normal. Ganglios basales* tálamo y cuerpo calloso dentro de la normalidad. Región selar* paraselar y retro-oculares* sin alteraciones aparentes. No hay signos de sangrado intra o extra axial. No hay desplazamiento de línea media. En las Cavidades paranasales se destaca con poca neumatizacion de celdillas mastoideas a nivel bilateral. Esqueleto regional normal.

OPINION:

1.PARÉNQUIMA ENCEFÁLICO SIN IMÁGENES QUE SUGIERAN PATOLOGÍA AGUDA AL MOMENTO DEL ESTUDIO.
2.CELDILLAS MASTOIDEAS CON POCA NEUMATIZACION A CORRELACIONAR CON DATOS DE OTOMASTOIDITIS CRÓNICA.
3.MEGA CISTERNA MAGNA COMO VARIANTE ANATÓMICA.
HGEMOIGRAMA NORMAL PDO* NORMAL* GLUCOSA NROMAL AZOADOS NORMAL* TSH NORMAL 1.3
SE REMITE PACIENTE A MEDICINA INTERNA* POR ANTECEDENTES DE RM* EPILEPSIA* SIN TTO ACTUAL *SUSPENDIDO POR ESPECIALIDAD. SE ABORDA PACIENTE CONE PP

Revision por Sistemas:LO DESCRIOT
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
Total:0
Remitido a Programa de EPOC: NO

ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedente Personales Relevantes:PATOLOGICO RETRASO MENTAL* EPILEPSIA
ANTECEDENTES DE VACUNACION:NIEGA

Planifica?
No:SI

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarquia:13
G:0
P:0
A:0
V:0
C:0
Gem:0
M:0
E:0
Mol:0
FECHA ULTIMA CCU:09/02/2024

Examen Fisico
Estado general:ESTABLE

Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg):56.00
Talla (m):1.45
IMC:26.63
FR:20
Fre cardiaca:97
Temperatura:36.10
... 100/65

EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
Cabeza:
NORMOCEFALA SIN MASAS NI TUMEFACCIONES* NO ESTIGMAS DE TRAUMA* CABELLO BIEN IMPLANTADO
Neurologico:
NORMOCEFALA SIN MASAS NI TUMEFACCIONES* NO ESTIGMAS DE TRAUMA* CABELLO BIEN IMPLANTADO
Ojos:PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ* ESCLERAS BLANCAS
ORL:
SIN ALTERACIONES EVIDENTES. OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL* NARIZ PERMEABLE
Boca:.MUCOSA ORAL HIDRATADA SIN LESIONES* NORMOCROMICA
Cuello:CUELLO SIMETRICO* MOVIL SIN ADENOPATIAS SIN SOPLOS* NO DOLOROSO
Torax y Pulmones:.SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE NO AUSCULTO SOBREAGREGADOS* MV PRESENTE.
Corazón:.RITMICOS REGULARES* ADECUADA INTENSIDAD* NO AUSCULTO SOPLOS
Abdomen:
BLANDO* DEPRESIBLE* RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES* NO DOLOROSO A LA PALPACION
Pelvis:ESTABLE
Genitourinario:NORMOCNFIGURADO
Aparato Locomotor:
BLANDO* DEPRESIBLE* RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES* NO DOLOROSO A LA PALPACION
... y Anexos:SIN LESIONES
Ganglios:NO.
ESTADO NUTRICIONAL:SOBREPSO
ESTADO PSICOSOCIAL:ADECUAOD

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

IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Principal: G404-OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS
Dx. Relacionado 1: F798-RETRASO MENTAL* NO ESPECIFICADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta: No Aplica
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
PLAN DE MANEJO:PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTA EN CONSULTA CON RESULTADO DEL DIA 17/012/2023 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

Sistema ventricular supratentorial levemente dilatado sin signos de hidrocefalia. Amplitud del sistema subaracnoideo en fosa posterior como variante anatómica. Parénquima cerebeloso* tallo* cisterna de la base y cuarto ventrículo normal. A nivel supratentorial se observa

REMISIÓN DE PACIENTES

cisuras de Silvio* de la convexidad y cisterna supraselar normal. Ganglios basales* tálamo y cuerpo calloso dentro de la normalidad. Región selar* paraselar y retro-oculares* sin alteraciones aparentes. No hay signos de sangrado intra o extra axial. No hay desplazamiento de línea media. En las Cavidades paranasales se destaca con poca neumatizacion de celdillas mastoideas a nivel bilateral. Esqueleto regional normal.

OPINION:

1.PARÉNQUIMA ENCEFÁLICO SIN IMÁGENES QUE SUGIERAN PATOLOGÍA AGUDA AL MOMENTO DEL ESTUDIO.
2.CELDILLAS MASTOIDEAS CON POCA NEUMATIZACION A CORRELACIONAR CON DATOS DE OTOMASTOIDITIS CRÓNICA.
3.MEGA CISTERNA MAGNA COMO VARIANTE ANATÓMICA.
HGEMOIGRAMA NORMAL PDO* NORMAL* GLUCOSA NROMAL AZOADOS NORMAL* TSH NORMAL 1.3
SE REMITE PACIENTE A MEDICINA INTERNA* POR ANTECEDENTES DE RM* EPILEPSIA* SIN TTO ACTUAL *SUSPENDIDO POR ESPECIALIDAD
Signos de Alarma:SE EXPLICA QUE EN CASO DE PRESENTAR LOS SIGUIENTES SIGNOS DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS O AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO Y LA IMPORTANCIA DE LA NO AUTOMEDICACION; DOLOR INTENSO EN EL PECHO QUE SE PASE AL CUELLO O EL BRAZO IZQUIERDO* SE AHOGA CON MAS FACILIDAD AL HACER ALGUN ESFUERZO FISICO. DOLOR DE CABEZA INTENSO* NO ES CAPAZ DE PRONUNCIAR PALABRAS O HABLA ENRREDADO* PIERDE LA FUERZA DE ALGUN LADO DEL CUERPO* SE TUERCE LA CARA HACIA ALGUN LADO* CONVULSIONES* DESMAYOS* DOLOR ABDOMINAL INTENSO* AUSENCIA DE DEPOSICIONES POR MAS DE 8 DIAS* DOLOR AL ORINAR

Recomendaciones:SE RECOMIENDA CONTINUAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE INICIANDO POR LA ALIMENTACION; LA INCLUSION DE MAS FIBRA* FRUTAS* VERDURAS Y BEBER AGUA. DISMINUIR EL CONSUMO DE FRITOS* HARINAS Y AZUCARES. SI FUMA DEJAR DE HACERLO O ABSTENERSE DE SUS DERIVADOS* REDUCIR AL MAXIMO EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SODIO. MEJORAR SU RESPUESTA AL ESTRES* Y MANTENER UN PESO ADECUADO PARA SU ESTATURA. HACER EJERCICIO AEROBICO; 30MIN AL DIA O 3 VECES A LA SEMANA SEGUIR AL PIE DE LETRA LAS RECOMENDACIONES DADAS EN LA CONSULTA POR SU MEDICO TRATANTE PARA LA TOMA DE MEDICAMENTOS EN HORARIO Y FORMA INDICADOS. SI PRESENTA LOS SIGNOS DE ALARMA YA EXPLICADOS DIRIGIRSE A UNA UNIDAD DE ATENCION CERCANA Y NO AUTOMEDICARSE O ESPERAR EN CASA LA RESOLUCION DE LOS SINTOMAS. ASISTIR A CONTROLES INDICADOS* REALIZARSE EXAMENES MEDICOS EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS Y ACUDIR PARA SU REVISION. REALIZAR LOS TRAMITES NECESARIOS ANTE SU EPS Y ACUDIR A CITAS CON ESPECIALIDADES SI ES NECESARIO. SIEMPRE MANIFIESTE SUS DUDAS ANTE SU MEDICO Y SOLICITAR ACLARACIONES SI LAS NECESITA. EDUCACION EN ETS* USO DE CONDON OBLIGATORIO EN TODAS LAS RELACIONES SEXUALES DESDE EL COITO* EDUCACION EN METODOS DE PLANIFIACION FAMILIAR HASTA LA EDAD FERTIL APROXIMADMENTE 49 AÑOS. ACUDIR A CITA DE CONTROL DE LA ADULTEZ.

RECOMENDACIONES COVID-19
-Lávate las manos con agua y jabón frecuentemente* así reduces hasta un 50% el riesgo de contagio
-Evita el contacto cercano con otras personas tengan o no infección respiratoria* guarda distancia segura de 1 metro mínimo* si no es posible* usa siempre tapabocas (úsalo siempre que salgas a la calle)
-Estornuda* tose y bosteza cubriendo la cara con la parte interna del antebrazo (codo) o utilizando pañuelo desechable* nunca te cubras con la mano.
-Evita en todo momento tocarte la cara sin lavarte antes bien las manos con agua y jabón.
-No te toques el tapabocas* si lo tocas* debes lavarte las manos; para retirarlo* retíralo desde las tiras de fijación.
-Limpia y desinfecta los objetos y las superficies que tocas u otros tocan con frecuencia.
-Si sales de casa* usa ropa para salir diferente a la de estar en casa* al llegar* establece una zona al ingreso para dejar la ropa y los zapatos que usaste fuera* esa ropa la debes lavar con agua y jabón* la suela de los zapatos la puedes limpiar con alcohol o agua y jabón* deja los zapatos fuera para que se ventilen.
-Báñate apenas llegues y cambia de ropa* haz esto* antes de interactuar con tu familia.

AUTOEXAMEN DE MAMA CADA MES* SE DA EDUCACION DE COMO REALIZARLO* ESCOGER UNA FECHA ESPECIFICA EN EL MES* PARARSE FRENTE AL ESPEJO OBSERVAR MAMA* SIMETRIA DE LAS MAMAS* CAMBIOS EN EL COLOR DE LA PIEL* APARIENCIA DE LOS PEZONES* SI OBSERTA HUNDIMIENTOS O BULTICOS* DESPUES PROCEDER A LA PALPACION* LEVANTAR UNA BRAZO Y PASAR POR DETRAS DE CABEZA* CON MANO CONTRARIA REALIZAR PALPACION DE AFUERA HACIA ADENTRO EN FORMA DE CARACOL. SI HAY DOLOR O PALPA MASA ACUDIR A MEDICO. REALIZAR MISMO PROCEDIMIENTO ACOSTADA EN LA CAMA* REALIZAR PALPACION DE MAMAS.

Nombres y Apellidos del Médico Solicitante: NICANOR ARTURO BELEÑO RAMIREZ

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. 92

Fecha de entrega: 11/07/2024

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

KIT DE ALIMENTOS

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

Nombre del beneficiario: Gabriel Felipe Ordoñez **Cedula de ciudadanía** 1136864093

Dirección: B/ Kennedy **Contacto:** 3208591279

Firma de quien recibe Gabriel Antonio Ordo **Cedula de ciudadanía** 1123701388

Parentesco: Papa

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO
1.136.864.093

ORDOÑEZ ORDOÑEZ
APELLIDOS

GABRIEL FELIPE
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-2009
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-MAY-2027 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

01-JUN-2016 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6400200-00837762-M-1136864093-20160624 0050253696A 1 8183949908

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: 20/02/2024

Ficha: 86568470628100016283

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GABRIEL ARTURO

Apellidos: ORDOÑEZ PALACIOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1123207388

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/02/2024

Última actualización ciudadano: 19/02/2024

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: CARLOS ANDRES VALENCIA SORIA

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco

Teléfono: 4221640 - 3229535872

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

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:04
Fecha Historia:05/03/2024 10:30 a.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 05/03/2024 10:30 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: TI 1136864093 GABRIEL FELIPE ORDOÑEZ ORDOÑEZ
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: CAPITAmorb Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1136864093 Cons. Historia: 5520475
Atención: Ambulatorio

HISTORIA
EVOLUCION MEDICA GENERAL:

HISTORIA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 05/03/2024
Historia: 1136864093
Edad: 14 Años
Zona: URBANO
Telefono: 3214620657
Ocupacion: No aplica
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI

Hora: 10:29
Nombre: GABRIEL FELIPE ORDOÑEZ ORDOÑEZ
E.A.P.B.: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
Direccion: BARRIO EL KENNEDY
Estado Civil: Soltero
PERTENENCIA ETNICA: BLANCO
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: SI

ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: PARA CERITFICACION DE DISCAPACIDAD
Enfermedad Actual: VALORACION POR PEDIATRIA 11/11/2020
ANTECEDENTE DE TOXOPLASMOSIS CONGENITA, CON SECUELAS NEUROLOGICAS,
RE[illegible]O EN NEURODESARROLLO, CORIORETINITIS INDICAICON DE LENTE ESPECIAL EN OJO IZQUIERDO AHORA MADRE REFIERE YA NO VE POR ESE OJO, NO HA TENIDO CONTROLES POR OFTALMOLOGIA
REIFIERE TAMBEIN EPILEPSIA NO TRA NINUGNA DOCUMENTACION
NO TIENE MAS ORDENES

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
Es mayor de 40 años ?.: NO
>= 3 es un pte con posible enfermedad respiratoria:
Remitido 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

ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedente Personales Relevantes: RETRARDO MENTAL, TRASTONRNOS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR
ANTECEDENTES DE VACUNACION: AL DIA

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
Planifica?
Planifica?: No
Examen Fisico
Estado general: BUEN ESTAD GENEAL AFEBRIL HIDRATADO
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 92.00
IMC: 32.21
Fre cardiaca: 88

Talla (m): 1.69
FR: 18
Temperatura: 36.00

EX[illegible]EN FISICO CEFALO CAUDAL
Cab[illegible]za: NORMOCEFALICO
Ojos: CONJUNTIV S ROSADA
Boca: HIDRATADA.
Torax y Pulmones: .BIEN VENTILADOS
Abdomen: BLADNO NO DOLOR
Genitourinario: NO EXPLORADO
Piel y Anexos: NORMAL
ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD

Neurologico: CON ETRASO DEL NEURO DESARROLLO
ORL: NORMAL
Cuello: NO MASAS
Corazón: RIMTIO.
Pelvis: NORMAL
Aparato Locomotor: NO EDEMA
Ganglios: NO S EPALPA.
ESTADO PSICOSOCIAL: NROMAL

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: B589-TOXOPLASMOSIS, NO ESPECIFICADA
Dx. Relacionado 1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta: No Aplica
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
PLAN DE MANEJO: CITA CON PEDIATRIA Y NEUROPSCOLOGIA. PARA ACTUALIZACION DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD
Signos de Alarma:
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, SE PONE MORADO O NO PUEDE RESPIRAR; LLEVARLO A URGENCIAS INMEDIATAMENTE
Recomendaciones: .
MANTENER SUS CONTROLES DE PY M FRECUENTES SEGUN SU EDAD, DESPARASITARLO 2 VECES AL AÑO- INCULCAR ALGUN TIPO DE DEPORTE, MANTENERLOS ACTIVOS, NO DAR COMIDA CHATARRA. ENDULZANTES O COMIDA DE PAQUETE PRESERVADA, MANTENER BUENA HIDRATACION, HABITOS DE HIGIENE PERSONAL, LAVADO DE MANOS FRECUENTEMENTE, TOMAR AGUA POTABLE, INCULCAR DERECHOS Y DEBERES AL MENOR EVITAR EL USO PROLONGADO DE TELEVISORES, COMPUTADORES, ESTIMULAR EL DESARROLLO . COLOCARLOS A LEER ARMAR ROMPECABEZAS SOPA DE LETRAS JUEGOS DE ACTIVDAD MENTAL
HIGIENE ORAL, CEPILLADO DE 3 A 6 VECES AL DIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, CONSUMO DE AGUA POTABLE Y LAVADO DE ALIMENTOS ANTES DE CONSUMIRLOS, MANTENER AL DIA ESQUEMA DE VACUNACION- CONTROL CON ODONTOLOGIA E HIGIENE ORAL

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION ADECUADA
-ESTIMULACION DEL LENGUAJE
-IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL
-IMPORTANCIA DE LA VACUNACION

Diana Narváez

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. 93

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
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: Eunice Guzmanpeña **Cedula de ciudadanía** 27360646

Dirección: Los cristales **Contacto:** 3175866005

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

Parentesco: _____

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 16/05/2024

Ficha: 86568003524500000027

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EUNICE

Apellidos: GUZMAN PEÑA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 27360646

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/10/2018

Última actualización ciudadano: 18/10/2018

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: CARLOS ANDRES VALENCIA SORIA

Dirección: Calle 9 No 18 - 05 Barrio San Francisco

Teléfono: 4221640 - 3229535872

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

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EUNICE		GUZMAN	PEÑA

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 27360646

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

E HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

2.2 Fecha		
Año	Mes	Día
2021	12	29

2.3 Departamento: PUTUMAYO

2.4 Municipio: MOCOA

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	12.50
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	75.00
GLOBAL	44.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b440.2 b710.2 b7108.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s120.288 s720.272 s770.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.3 d598.2 d879.4

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
DANNA KATHERINE ACEVEDO CABRERA	Psicología	CC-1124862848
RUBY ALEXANDRA JAJOY MAVISOY	Medicina	CC-52515446
ALBA MILENA ACOSTA PERENGUEZ	Terapia ocupacional	CC-69007882

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *EUNICE GUZMAN PEÑA* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

Documento: CC-27360646

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

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la 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. 94

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: Abigail de Jesus **Cedula de ciudadanía** 18172007

Dirección: B/ metropolitano **Contacto:** no tiene

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

Parentesco: hijo

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.172.007**

TREJOS

APELLIDOS

ABIGAIL DE JESUS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-1952**

CARTAGO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-SEP-1973 PUERTO ASIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6400200-00233038-M-0018172007-20100409 0021956939A 1 25661458

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

HISTORIA CLINICA

NOMBRE: ABIGAIL DE JESUS TREJOS	IDENTIFICACION: CC 18172007	HC: 18172007 - CC	EDAD: 71 Años	SEXO: M
FECHA DE NACIMIENTO: 3/4/1952	RESIDENCIA: VIA METROPOLITANO	TELEFONO:	PUTUMAYO-PUERTO ASIS	
ZONA RESIDENCIAL: URBANA	ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	OCUPACION: OFICIOS VARIOS		
DIR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:		
FECHA INGRESO: 4/10/2023 - 15:32:31	FECHA EGRESO: 4/10/2023 - 16:01:06	CAMA:		
DEPARTAMENTO: 110201 - CONSULTA EXTERNA	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:			
CLIENTE: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.	PLAN: EMSSANAR E.P.S S.A.S SUBSIDIADO EVENTO	TIPO AFILIADO: SUBSIDIADO		
... S: UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	DIRECCION: PRIMER PISO	TELEFONO IPS: 3503160055		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2023-10-04	**15:54 JOSE.MOSQUERA - JOSE IGNACIO MOSQUERA JIMENEZ** **ESPECIALIDAD: CARDIOLOGIA ADULTO** **MOTIVO DE CONSULTA :** CONTROL CARDIOLOGIA **ENFERMEDAD ACTUAL :** PTE CON ANTECEDETE DE HTA - ECV ISQUMICO CON SECUELAS MOTORAS EN JUNIO 2023 TTO LOSARTAN , AMLODIPINO PRAZOCINA TA 150/96 FC 92 SAT 96% NO HA TENIDO ADECUADO CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES

REVISION POR SISTEMA DEL PACIENTE

SISTEMA	OBSERVACION	FECHA REGISTRO
Estado General	NORMAL	2023-10-04 03:45
Cabeza y cuello	NORMAL	2023-10-04 03:45
Cardio Pulmonar	NORMAL	2023-10-04 03:45
Abdomen	NORMAL	2023-10-04 03:45
Extremidades	NORMAL	2023-10-04 03:45
Genitourinario	NORMAL	2023-10-04 03:45
Piel y Faneras	NORMAL	2023-10-04 03:45
Neurologico	NORMAL	2023-10-04 03:45
Examen Mental	NORMAL	2023-10-04 03:45

EXAMEN FISICO/MENTAL

USUARIO	FECHA
JOSE IGNACIO MOSQUERA JIMENEZ	2023-10-04

TIPO SISTEMA	VALORACION	HALLAZGO
Neurologico	**NO EXPLORADO**	HEMIPLEJIA DERECHA - AFASICO
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

INFORMACION DE LA EVOLUCION

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. 95

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: Edwardo Fabian Garces Muñoz **Cedula de ciudadanía** 97.431.351

Dirección: Corregimiento Santana **Contacto:** 3215354664

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

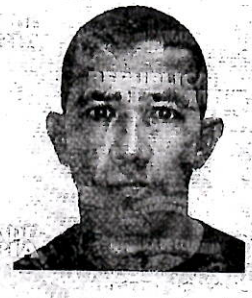
Parentesco: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **97.437.351**
GARCES MUÑOZ

APELLIDOS
EDUARDO FABIAN

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-FEB-1985**
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-DIC-2003 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6400200-01292851-M-0097437351-20220429 **0078**941756A 1 8504460946

CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCULARES PABON SAS

CRA 33 12 A 44 LOCAL 601 P6 CLINICA SAN IGNACIO - 7297016
NIt 900900155-1

CONSTANCIA MÉDICA

No. H. C. 97437351 FECHA 12/03/2024

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	GARCES MUÑOZ EDUARDO FABIAN	DOC. ID.	CC97437351
LUGAR NAC.	PUERTO ASIS	FEC. NAC.	28/02/1985
E. CIVIL	UNION LIBRE	EDAD	39 Años
OCUPACIÓN	NO APLICA	SEXO	MASCULINO
CIUDAD	PUERTO ASIS	BARRIO	RURAL
DOMICILIO	CTO SANTANA	TELÉFONO	3234856397

Hace constar que el paciente estuvo en el consultorio médico y/o urgencias debido a que presentaba la siguiente patologia:

Pte en pop tardio 6 meses en 9/2023 de artrodesis traspedicular y lamienctomia dorsal, luego de TRM severo por caida de altura. se opero extainstucinal en puerto asis - putumayo. ahora con secuelas neurologicas severas, paraplejia flacida y trast esfinterianos. RX CLS 2/24: fx por aplastiamento de t12, artrodesis traspedicular t10 t11 y l2 l3, laminectomia t12. RMN CLS 2/24 fx por aplatiamento de t12 con prolapso de muro posterior qu comprime cono medular, mielomalacia de cono medular secuelar, lamienctomia t12 t11. por todo lo anterior se considera que el paciente cursa son secuelas neurologicas severas luego de traumatismo raquimedular y evidencia discapacidad fisica severa (paraplejia flacida y trast esfinterianos)

Para constancia se firma el dia martes, 12 de marzo de 2024

Dr(a) JIMENEZ CAICEDO LUIS CARLOS
REGISTRO NO. 1085250630 Esp NEUROCIRUGIA

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. 96

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: Tiffany Perez Cordoba **Cedula de ciudadanía** 1123204991

Dirección: Coregimiento Santa ana **Contacto:** 3112037170

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

Parentesco: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.123.207.991
PEREZ CORDOBA

APELLIDOS
TIFFANY

NOMBRES

Tifany Perez cordoba

FIRMA



INDICE DERECHO

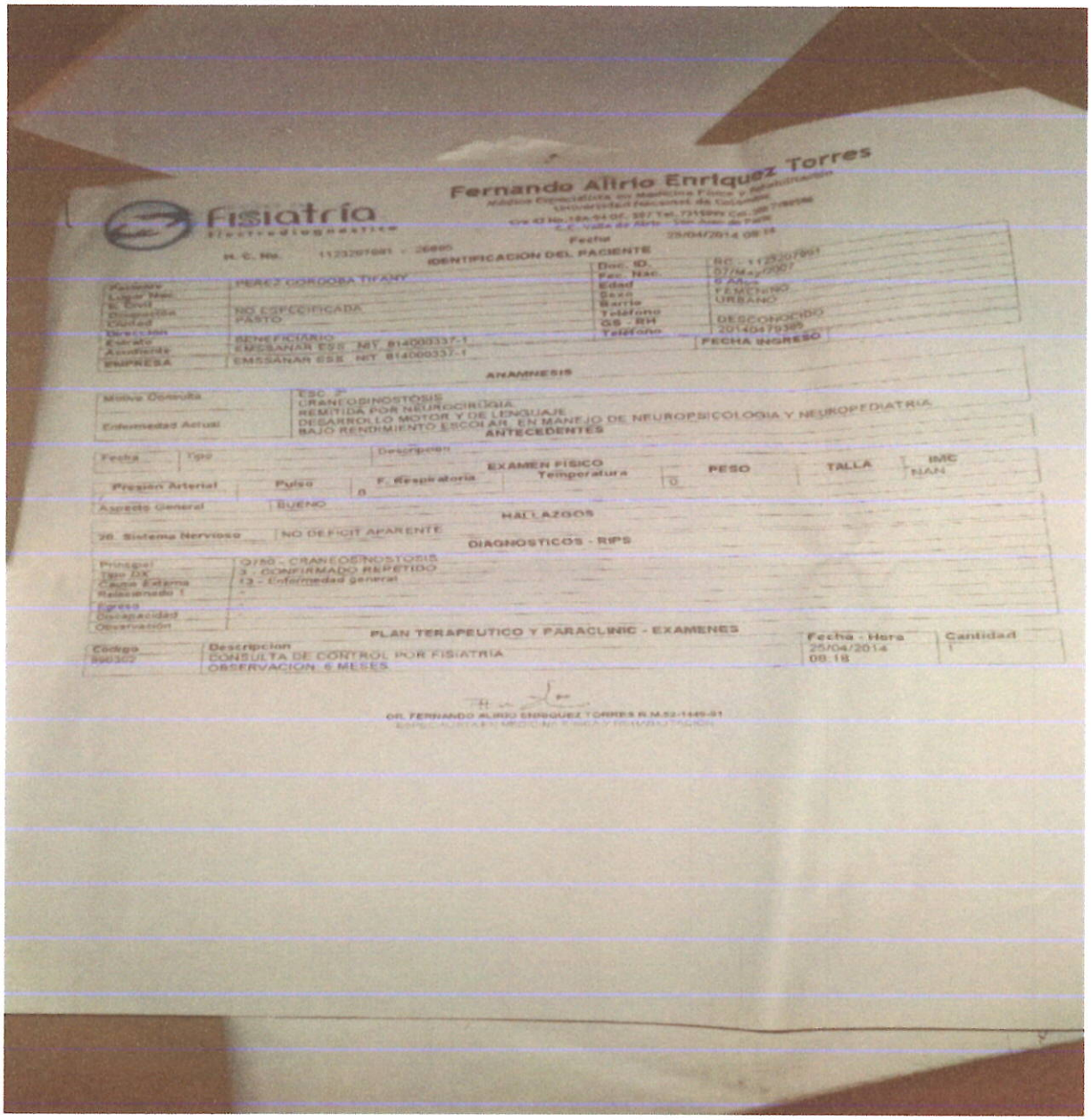
FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-2007
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

07-MAY-2025 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

15-MAY-2014 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONA
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-6400200-00646526-F-1123207991-20141120 0041292176A 1 8182887202



Fisiatría
Electrodiagnóstico

Fernando Alirio Enriquez Torres
Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Universidad Nacional de Colombia
Cra 47 No. 18A-94 Of. 307 Tel. 7315PN Cel. 3[illegible]
C.C. Valle de Atriz - Ced. Juan de Pasto

Fecha 25/04/2014 08:18

H. C. No. 1123207991 - 2880

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Paciente	PEREZ CORDOBA TIFANY	Doc. ID.	RC - 1123207991
Lugar Nac.		Fec. Nac.	07/May/2007
E. Civil		Edad	6 Años
Ocupación	NO ESPECIFICADA	Sexo	FEMENINO
Ciudad	PASTO	Barrio	URBANO
Dirección		Teléfono	
Estrato	BENEFICIARIO	G.S. - RH	DESCONOCIDO
Acudiente	EMSSANAR ESS NIT 814000337-1	Teléfono	2014079385
EMPRESA	EMSSANAR ESS NIT 814000337-1	FECHA INGRESO	

ANAMNESIS

Motivo Consulta	ESC 3ª
Enfermedad Actual	CRANEOSINOSTOSIS REMITIDA POR NEUROCIRUGIA DESARROLLO MOTOR Y DE LENGUAJE DESARROLLO ESCOLAR, EN MANEJO DE NEUROPSICOLOGIA Y NEUROPEDIATRIA BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR

ANTECEDENTES

Fecha	Tipo	Descripcion

EXAMEN FISICO

Presion Arterial	Pulso	F. Respiratoria	Temperatura	PESO	TALLA	IMC
		0		0		NAN

Aspecto General	BUENO

HALLAZGOS

2d. Sistema Nervioso	NO DEFICIT APARENTE

DIAGNOSTICOS - RIPS

Principal	Q750 - CRANEOSINOSTOSIS
Tipo DX	3 - CONFIRMADO REPETIDO
Causa Externa	13 - Enfermedad general
Relacionado 1	-
Egreso	
Discapacidad	
Observación	

PLAN TERAPEUTICO Y PARACLINIC - EXAMENES

Codigo	Descripcion	Fecha - Hora	Cantidad
890302	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA OBSERVACION 6 MESES	25/04/2014 08:18	1

DR. FERNANDO ALIRIO ENRIQUEZ TORRES R.M.52-1145-91
ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

HISTORIA CLINICA

Codigo Plantilla:417
Fecha Historia:09/11/2019 12:08 p.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 09/11/2019 12:08 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: TI 1123207991 TIFFANY PEREZ CORDOBA
Administradora: EMSSANAR S.A.S Convenio: NIVELII Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1123207991 Cons. Historia: 3195061
Atención: Ambulatorio

IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 09/11/2019
Historia: 1123207991
Nombre: TIFFANY PEREZ CORDOBA
Sexo: Femenino
Telefono: 3112037170

Hora: 12:03
E.A.P.B.: EMSSANAR S.A.S.
Edad: 12 Años
Estado Civil: Soltero
Direccion: SANTA ANA

Motivo de la Consulta
Motivo de la Consulta: CONTROL POR PEDIATRIA POR SINDROME DE TROUZO

Enfermedad Actual:
PACIENTE
DE 12 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA A VALORACION POR PEDIATRIA EN COMPAÑIA DE SU MADRE CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CROUZON EN CONTROLES OPR NEUROLOGIA PEDIATRIA, ULTIMA CITA HACE MAS DE UN AÑO, TENIAN INDICACION DE CONTROL EN UN AÑO PERO POR PROBLEMAS DE ORDEN SOCIAL NO LOGRA ASISTIR A CITA POR LO QUE CONSULTAN PARA ACTUALIZAR ODEN DE NEUROLOGIA
NIEGAN
ALGUNA SINTOMATOLOGIA
ESCOLARIDAD:
7 DE BACHILLER CON REGULAR RENDIMIENTO ESCOLAR, VACUNAS: COMPLETAS PARA LA EDAD, MASCOTAS: VACUNADO Y DESPARASITADO,
FAMILIARES: NIEGA

Examen Fisico
Pulso: 82
FR(min): 18.00
Peso(Kg): 42.50
Estado general: PESO:-0.16
TALLA:155
Z:0.05
IMC:17.7
Z:-0.27

FC: 82.00
Temperatura: 36.50
Talla (m): 155.00

BUEN
ESTADO GENERAL INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, MACROCEFALIA LEVE, MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADA, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NOA GREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, EXTREMDIAEDS MOVILES NO EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, SNC: NO DEFICIT APARENTE, BUENA INTERACCION CON EL MEDIO,LENGUAJE CLARO COHERENTE

DIAGNOSTICOS
Causa Externa: *ENFERMEDAD GENERAL*
Dx. Principal: *Q753-MACROCEFALIA*

Finalidad de la Consulta: No Aplica
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA:
Conducta a Seguir: PACIENTE DE 12 AÑOS CON ANTECEDEDNTE DE SINDROME DE CROUZON EN MANEJO Y CONTROLES POR NEUROLOGIA PEDIATRICA, ULTIMO CONTROL HACE MAS DE UN AÑO CON PERDIDA DE CITA POR PROBLEMAS DE ORDEN SOCIAL POR LO QUE SE SOLICITA DE FORMA PRIORIRATRIA CONTROL POR NEUROLOGIA

Ortega.

DR. MONICA NATALIA ORTEGA NARVAEZ
CC 27438243
Especialidad. PEDIATRIA
Registro. 0345

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. 97

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: Andrya Hanari Monigoje **Cedula de ciudadanía** 1'123.202.708

Dirección: nuevo amanecer **Contacto:** 320 40 82 264

Firma de quien recibe Flor Aurora Monigoje **Cedula de ciudadanía** 41103266

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
ANDUJAR	HARNOVY	MANIGUAJE	
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: 1123207708

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	7	13

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	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	29.17
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b770.4 b798.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.473

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d4602.4 d879.4

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.

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:417
Fecha Historia:29/03/2023 02:37 p.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 29/03/2023 02:37 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1123207708 ANDUJAR HARNOVY MANIGUAJE
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: SNIVELII Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1123207708 Cons. Historia: 4924286
Atención: Ambulatorio

HOSPITAL LOCAL E.S.E.

PLANTILLA
ORTOPEDIA CE/INTER:

PLANTILLA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 29/03/2023
Hora: 14:36
Historia: 1123207708
Nombre: ANDUJAR HARNOVY MANIGUAJE
Edad: 41 Años
Sexo: Masculino
Estado Civil: Casado
Telefono: 3107543315
Direccion: SIMON BOLIVAR
Finalidad de la Consulta:
Motivo de la Consulta: CONTROL
Enfermedad Actual: MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE MADRE QUIEN ACUDE CITA CONTROL APP DE PARALISIS INFANTIL + POLIOMIELITIS
PACIENTE DEPENDIETE DE AYUDA PARA REALIZACIONN DE ACTIVIDADES DIARIAS Y MOVILIZACION
Certificación (Solo Accidentes Transito): NR
Antecedentes
Antecedentes Familiares.: NR
Antecedentes Personales Relevantes: PCI
Antecedentes Qx: NR
Examen Fisico
T/A: 120/80
FC: 80.00
FR(min): 20.00
Pulso: 80
Temperatura: 36.00
Peso(Kg): 0
Talla(cm): 0
Hallazgos positivos del Examén Físico: PARALISIS MIEMBROS INFERIORES FUERZA MUSCULAR 1/5 MIEMBROS INFERIORES, ATONIA MUSCULAR,MOVILIZAICON AYUDA SILLA DE RUEDAS,
-Aspecto General: .
DIAGNOSTICOS
Dx. Principal: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: No Aplica
CONDUCTA:
Conducta a Seguir: PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD CON IDX DE PCI AL MOMENTO DEPENDIETE DE AYUDA PARA REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS Y MOVILIZACION QUIEN ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE SOLICITANDO VALORACION DE DISCAPACIDAD. SE VERIFICA ATONIA MUSCULAR MIEMBROS INFERIORES
Remisión.: NO

DR. FABIAN ANDRES VALENCIA RAMIREZ
CC 1047401816
Especialidad. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Registro. 1047401816

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. 98

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: Pablo Abel Moreno **Cedula de ciudadanía** 18 105807

Dirección: Camilo torres **Contacto:** 3223964835

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

Parentesco: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.105.807

MORENO CARZON
APELLIDOS

PABLO ABEL
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



05-ABR-1946
CALARCA
(QUINDIO)

1.51 O+ M

19-ENE-1970 PUERTO ASIS

02138

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
PABLO	ABEL	MORENO	GARZON

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: 18105807

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2022	9	20

2.3 Departamento

PUTUMAYO

2.4 Municipio

PUERTO ASÍS

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	Porcentaje
Cognición	50.00
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	65.63
GLOBAL	67.81

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.4 b215.4 b229.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s298.473 s299.473

3. Codigos Actividades y Participación

d4600.4 d4602.4 d879.3

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
DIANA MARCELA NARVAEZ VALENCIA	Medicina	CC-1123204637 Diana Marcela N.
YADDY LIZETH ACOSTA DAVID	Enfermería	CC-69022881
FREYDE NASARIO ROSERO CEBALLOS	Psicología	CC-87491251

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *PABLO ABEL MORENO GARZON* manifiesto que: *SI*

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

Diana Marcela S. 1124852422

Nombre y Firma Documento: CC-18105807

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

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la 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. 99

Fecha de entrega: 17/01/2024

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: Tito Ely Perez **Cedula de ciudadanía** 97.435.749

Dirección: Barrio 20 de julio **Contacto:** 310.715.1617

Firma de quien recibe _____ **Cedula de ciudadanía** 1.123302852

Parentesco: Hermano

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:417
Fecha Historia:23/08/2018 11:29 a.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 23/08/2018 11:29 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 97435749 TITO ELY PEREZ MORA
Administradora: EMSSANAR E.S.S. Convenio: NIVELII Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 2
No Historia: 97435749 Cons. Historia: 2611135
Atención: Ambulatorio

PLANTILLA
ORTOPEDIA CE/INTER:

PLANTILLA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 23/08/2018 **Hora:** 11:24
Historia: 97435749 **Nombre:** TITO ELY PEREZ MORA
Edad: 34 Años **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Casado **Telefono:** 3115545435
Direccion: VENINTE DE JULIO
Finalidad de la Consulta:
Remitido por: DOLOR Y LIMITACION CADERA IZQU **Motivo de la Consulta:** DOLOR Y LIMITACION CADERA IZQUIERDA
Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDAD
DOLOR Y LIMITACION CADERA IZQUIERDA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION
RX DE CADERAS :
COXA ARTROSIS GRADO III , SECUELAS DE DESLIZAMIENTO EPIFISARIO
A[illegible]'ILOSIS

Certificación (Solo Accidentes Transito): NO

Antecedentes
Antecedentes Familiares.: NO **Antecedentes Personales Relevantes:** NO
Antecedentes Qx: NO
Examen Fisico
FC: 78.00 **FR(min):** 18.00
Pulso: 78 **Temperatura:** 37.00
Peso(Klg): 74.00 **Talla(cm):** 159.00
Hallazgos positivos del Examén Físico: DOLOR Y LIMITACION CADERA IZQUIERDA
CAJERA
MARCHA EN TRENDELENBURG

-Aspecto General: OK

DIAGNOSTICOS
Dx. Principal: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA **Tipo de Diagnostico Principal:** CONFIRMADO REPETIDO
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL **Finalidad de la Consulta:** No Aplica
CONDUCTA:
Conducta a Seguir: REMISION III NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA REMPLAZO TOTAL DE CADERA
CERTIFICADO DE INVALIDEZ
INDICACIONES

Remisión.: NO

DR. EDUARDO ALFONSO CAMPO AVILEZ
CC 92532895
Especialidad. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Registro. 595-03

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:04
Fecha Historia:24/08/2018 08:20 a.m.
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 24/08/2018 08:20 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 97435749 TITO ELY PEREZ MORA
Administradora: EMSSANAR E.S.S. Convenio: 0731CTO91 Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 2
No Historia: 97435749 Cons. Historia: 2612510
Atención: Ambulatorio

HISTORIA
EVOLUCION MEDICA GENERAL:

HISTORIA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 24/08/2018 Hora: 08:15
Historia: 97435749 Nombre: TITO ELY PEREZ MORA
Edad: 34 Años E.A.P.B.: EMSSANAR E.S.S.
Zona: URBANO Direccion: VENINTE DE JULIO
Telefono: 3115545435
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO PRESENTA DISCAPACIDAD: SI
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: SI
ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Enfermedad Actual: PACIENTE QUE TIENE DISCAPACIDAD FISICA PERMANANTE (CIE 10 - Z736) DEL 50% POR PADECER DE COXARTROSIS IDIOPATICA DE CADERA IZQUIERDA (CIE 10 -M169) QUE LE IMPIDEN DESEMPEÑAR NORMALMENTE SUS LABORES DIARIAS Y TIEN LIMITACION FUNCIONAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES Revision por Sistemas: X
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedente Personales Relevantes: COXARTROSIS DE CADERA ANTECEDENTES DE VACUNACION: AL DIA

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
Planifica?
Planifica?: Si
Examen Fisico
Estado general: BCG
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 80.00 Talla (m): 160.00
IMC: 0.00 FR: 20
Fre cardiaca: 80 Temperatura: 36.00
TA: 120/80
EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL
Cabeza: NROMAL Neurologico: NROMAL
Ojos: NROMAL ORL: NROMAL
Boca: NORMAL. Cuello: NROMAL
Torax y Pulmones: NROMAL. Corazón: NORMLA.
Abdomen: NROMALNORMAN Pelvis: ORMLA
Genitourinario: NORMAL<
Aparato Locomotor: INTENSO DOLOR ALA MOVILIZACION DE LA CADERA IZQERDA CONLIMITACION FUNCIONAL
Piel y Anexos: NROMAL Ganglios: NORMAL.
ESTADO NUTRICIONAL: NORMAL ESTADO PSICOSOCIAL: NORMALS
AYUT DIAGNOSTICAS
Repo. ... 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: Z736-PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
Dx. Relacionado 1: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta: No Aplica Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
PLAN DE MANEJO: SE DA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Signos de Alarma: PERSITENCIA DE LOS SINTOMAS
Recomendaciones: REPOSO , CONTINUAR CONTROL CON ORTOPEDIA

DR. JHON RONALD LASSO MOLINA
CC 12975221
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 0384