Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: _____
DIRECTOR/REPRESENTANTE: Johan Yesid Munoz
DIRECCION: Clle 69 pBIS # 1E M27.5
BARRIO: La Gloria UPZ _____
LOCALIDAD: 19 Ciudad Bolivar
TELÉFONO FIJO: 6129161 CELULAR: 3212175793
E-MAIL: _____

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☐ MÚSICA ☒ TEATRO ☐

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
☐ Indígena
☒ Ninguna
☐ Raizal O Palenquero
☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Johan yesid Muñoz	1000189669	clle 69 pBIS #1E	3212175793

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

_____
FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.000.784.669
MUÑOZ MORENO
APELLIDOS
JOHAN YESSID
NOMBRES
JOHAN MUÑOZ


FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
06-DIC-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500150-01123422-M-1000784669-20191230 0069533667A 1 52070000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

TN - USS TUNAL
NIT: 900958564

Fecha de Registro: 27/09/19 7:07 a.m. **Nº Historia Clínica** 1000784669 **Nº Folio:** 58 **Ingreso:** 5997279

CERTIFICACION MEDICA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGUN CIRCULAR EXTERNA 000009 DE OCTUBRE 2017

DATOS DEL PACIENTE

Identificación: 1000784669 **Nombres:** JOHAN YESSID MUNOZ MORENO **Tipo Doc:** Tarjeta_de_Identidad
F. Nacimiento: 01/01/2002 **Edad Actual:** 17 AÑOS 10 MESES 26 DIAS **Sexo:** HOMBRE
Estado Civil: Soltero **Ocupación:** Estudiante **Teléfono:** 3212175793-3507980223
Dirección: CL69 P BIS #18M-27SUR VILLAGLO **Procedencia:** CIUDAD BOLIVAR - LUCERO - DESARROLLO VILLA GLORIA

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S **Plan:** CAPITAL SALUD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRAESPECIALIZADA 2019
Régimen: SUBSIDIADO **Estado:** ACTIVO

DATOS DEL INGRESO

Ingreso Por: Consulta_Externa **Fecha Ingreso:** 27/09/2019 06:03:06 a.m. **Tipo Ingreso:** Ambulatorio

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombres: **Teléfono:**

DATOS DE LA ATENCIÓN

Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de la Consulta:** Ninguno
Área Servicio: CONS NEUROLOGIA Y NEUROPEDIATRIA - USS EL TUNAL

DIAGNOSTICO: G801 DIPLEJIA ESPASTICA

CATEGORIA DE LA DISCAPACIDAD:

☐ FISICA ☐ MENTAL ☑ COGNITIVA ☐ AUDITIVA ☐ VISUAL ☐ MULTIPLE ☐ SORDO CEGUERA

Profesional LUNA LUNA MANUEL ALEJANDRO
Registro Profesional 73183402
Especialidad NEUROLOGIA PEDIATRICA

FIRMA Y SELLO

Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: CAFEIN
DIRECTOR/REPRESENTANTE: ROSA HILDA CANIZALES
DIRECCION: C11 58B #41A-57 SUR
BARRIO: APB. BAJA UPZ 69
LOCALIDAD: C. B
TELÉFONO FIJO: CELULAR: 3156098590
E-MAIL: colectivofemeninoincluyente@gmail.com

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☐ MÚSICA ☐ TEATRO ☒

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

- ☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
- ☐ Indígena
- ☒ Ninguna
- ☐ Raizal O Palenquero
- ☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Leidy Jimenez	1030563582.	Cll 69g #72B 25	~~3012603671~~ 320520
Yuliana Quintero	53075509	17	3125081716
Jenny Barreto	53003379	TV 49 #59c-73A 39 Int 2	3136622939
Zoila Castro	41310695	C11 58B #48B-735	3002895657
Rosa Canizales	51880415	C11 58 #41A-57S	3156098590

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.030.563.562
JIMENEZ CARDENAS
LADY ESPERANZA


FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
18-NOV-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ
Línea de atención y emergencias 116 Acualinea
www.acueducto.com.co

CAJA DE VIV. POPULAR CAJA DE VIV.
CL 69G SUR 72B 25

CIUDAD BOLIVAR
SIERRA MORENA

Residencial

ZONA: 4 V4 V44809

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10670880

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 33650877914

TOTAL A PAGAR
Aqua + Alcantarillado + Aseo (ver al respaldo)
+ Cobro a terceros (ver al respaldo) $30.034

Fecha de pago oportuno FEB/06/2020

Fecha límite de pago para evitar suspensión FEB/11/2020

Periodo facturado NOV/03/2019 - ENE/02/2020

FECHA DE EXPEDICION ENE/23/2020 FECHA PROXIMA LECTURA MAR/28/2020

Resumen de su cuenta

RANGO CMO BASICO Bimestral según Resolución CRA 750/2016(0m3 - 22m3)

Descripción	Cantidad					
Cargo fijo residencial	1	$13.364,32	$13.364	$9.355-	$4.009,30	$4.009
Consumo residencial básico	14	$2.610,04	$36.541	$25.579-	$783,01	$10.962
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
			$49.905	$34.934-		$14.971
Cargo fijo residencial	1	$6.311,96	$6.312	$4.418-	$1.893,59	$1.894
Consumo residencial básico	14	$2.729,30	$38.210	$26.747-	$818,79	$11.463
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$44.522	$31.165-		$13.357

Ajuste a la Decena $2
Dec. 064/12 Min. Vivi $9.396-

Descuento mínimo vital (12 metros cúbicos sin costo en estrato 1 y 2) $9.396-

① ② ③ ④ $18.934 $14.164 $464





Cierra bien una gota por segundo se convierte en desperdiciados.



En la ducha, mientras te enjabonas



Al lavarte la cara o afeitarte, y cierra la llave.



Cuando te laves los dientes, de agua

Banco Caja Social

TRANSACCION EXITOSA

03/02/2020 / 04:21:13 p.m.

CUC: 0037222101
Nombre comercio: POLISERVICIOS CIUDAD BO
Dirección: CL 70 SUR 72 B 06

Número Transaccion: 300469004052
Terminal: CSP1100100000469

Detalle:

Recaudo Banco Caja Social

Numero de autorizacion: 325401
Nombre del convenio: EMPRESA DE ACUEDUCTO
Código del convenio: 15100039
Referencia 1: 33650877914
Referencia 2:
Valor: $18.934,00
Comision: $0,00

Por favor valide que los datos impresos en este comprobante sean correctos.
Para resolver cualquier inquietud comuniquese con la Linea Avivas Bogotá: 3077060 o Nacional: 01800010030.

CLIENTE

LIME

830123461-1

VALIDAR A LOS CENTROS DE ATENCION AL USUARIO

...ónicas

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.

USUARIO

Estrato:

0 Densidad: 0.000

000 Volumen: 0.00

01 % Participación: 0.000%

DE TARIFAS

...ables: 10.035,32 Valor Base Aprovechamiento: 121.756,45

RIPTOR MES

0.0014 Rechazo del Aprovechamiento: 0.0000

...No Aprovechables ...no Metales: 0.0400

S COBRADAS

$10.970 DIAS LIQUIDADOS: 61

CUENTA CONTRATO 10670880
Número para cualquier consulta

Factura de Servicios Públicos No. 33650877914
Número para pagos

Periodo facturado
NOV/07/2019 - ENE/06/2020

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Aseo Residencial	$37.641	Ajuste a la Decena - Credito	
Subsidio	$26.349-		
Aporte	$438-		
Dcto Por Recol. Pta	$626-		

Subsidio 70%
Aporte 00%

Si cancela en cheque el servicio de aseo, girar cheque de gerencia a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 900.562.054.1

VALOR ASEO $ $11.1

	$3,44	$11,48	$48
	$26,51	$88,35	$371

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. ESP.

110

33650877914 - 10670880

CAJA DE VIV. POPULAR CAJA DE VIV. POPULAR $18.934

NOV/03/2019 - ENE/02/2020 CL 69G SUR 72B 25

(415)7707200485271(8020)33650877914(3900)000000018934

FACTURA DE COBRO No. 33650877914 - 10670880

Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de gerencia separados 1 - Agua y Alcantarillado a favor de EAB-ESP NIT 899.999.094.1 Y 2 - Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 900.365.094.1

PERÍODO FACTURACIÓN CAJA DE VIV. POPULAR CAJA DE VIV. POPULAR

NOV/07/2019 - ENE/06/2020 CL 69G SUR 72B 25

TOTAL ASEO $11.100

(415)7707200469006(8020)33650877914(3900)000000011100

ESPACIO PARA SELLOS Y REGISTRO BANCO

Paciente: CC 1030563582 JIMENEZ CARDENAS LADY ESPERANZA

Admisión: 2879034 **Fecha de Ncto:** 21/10/1989 **Edad:** 30 a 2 m 22 d **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Tel:** 3012602671

Dirección: CL 1 N 73 B 47 **Ubicación del Pcte:** -

Ciudad: KENNEDY **Barrio:** AMERICAS OCCIDENTAL **Religión:** NO APLICA

Ocupación: 01-EMPLEADO **Sexo:** Femenino

APBs: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD **Tipo Vincula:** Cotizante/Afiliado

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

CONTROL DE ORTOPEDIA (Ambulatorio-Control) (Ambula

Fecha y Hora de atención: 13/01/2020 2:13 p.m.

Profesional: TOVAR CURIEUX JOSE LEONARDO **Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA **Tp Admisión:** AMBULATORIO
Hora Ingreso: 13/01/2020 2:08 p.m.

SERVICIOS REALIZADOS		CANTIDAD
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS.	1

CONTROL - DATOS DE LA CONSULTA
Motivo de consulta : CONTROL

Enfermedad Actual : PACIENTE POP 24/11/18 RESECCION DE LABRUM + RESECCION REBORDE SUPERIOR DEL ACETABULO PARA CORRECCION DE PINZAMIENTO PINCER EN CADERA DERECHA. ACTUALMENTE CON PERSISTENCIA DE DOLOR Y LIMITACION PARCIALMENTE PARA LA MARCHA Y EL APOYO CON REQUERIMENTO DE BASTON PARA LA MARCHA . PACIENTE PERSISTE CON TEMBLOR EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO Y REFIERE EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN PIE DERECHO.

CONTROL - SIGNOS VITALES Y CORPORALES
Tensión arterial : -

Frecuencia cardiaca : -

Frecuencia Respiratoria : -

Temperatura : -

Peso (Kg) : 65

Talla (cm) : 161

Índice masa corporal : 25.06

Escala numérica para el dolor 2

CONTROL - VALORACIÓN DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD
FRACTURAS PREVIAS : NO

¿El paciente aplica para Diagnóstico de Fractura por Fragilidad u Osteoporotica? : NO

CONTROL - EXAMEN FISICO
Apariencia General : PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES

Extremidades : PACIENTE CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA QUIEN INGRESA ASISTIDA PARA LA MARCHA CON UN BASTON EN LADO IZQUIERDO.

MIEMBRO INFERIOR DERECHO: LIMITACION PARA FLEXION DE CADERA CON LEXION MAXIMA DE 45 GRADOS, FABER POSITIVO, FADIR, POSITIVO, LOGROLL NEGATIVO. LASGUE POSITIVO.
PIE DERECHO: PRESENCIA DE HALLUX VALGUS BILATERAL CON DOLOR A LA PALPACION EN REGION LATERAL.

CONTROL - ANALISIS
Laboratorio clinico : -

Imágenes diagnosticas : -

Procedimientos diagnósticos : -

Análisis : PACIENTE CONCOCIDA POR EL SERVIVCIO CON SECUELAS DE PINZAMIENDO FEMOROACETABULAR QUIEN HA EVOLUCIONADO CON DOLOR CRONIO, ACTUARMENTE CON DOLOR DE CARACTERISTICAS MIXTAS , SE ENCUENTRA CON RESTRICCION DE ACTIVIDAD FISISCA DE ALTO IMPACTO, SALTO Y CHOQUE , LARGOS DEZPLAZAMIENTOS , SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, SE ENCUENTRA EN CALIFICACION POR LA JUNTA REGIONAL, CURSA CON TEMBLOR ESENCIAL A ESTUDIO E INSUFICIENCIA RENAL INTERROGADA, SE EXPIDE INCAPACIDAD NUEVAMENTE, SE SOLICITA HIDROTERAPIA Y CITA CONTROL.

CONTROL - PLAN DE MANEJO
Plan de manejo : INCAPACIDAD
HIDROTERAPIA
CITA CONTROL
Signos de alarma y recomendaciones generales : -

Realizado Por : -

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: Z988 **Nombre:** OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Tipo: CONFIRMADO REPETIDO **Categoria:** Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Ampliación:

Protección
Pensiones y Cesantías

Medellín, 16 de Enero del 2019

Señor(a):
LADY ESPERANZA JIMENEZ CARDENAS
C.C. 1030563582
BOGOTA – D.C

Reciba un cordial saludo,

En Protección estamos con usted para guiarlo en cada paso del camino hacia la materialización de sus metas.

El día **14** de **Diciembre** de **2017** usted presentó ante nuestras oficinas una solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral aportando historia clínica, resultados de exámenes e información relevante de su estado de salud. Con lo anterior pudimos calificar, junto con la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. con quien tenemos contratado el seguro previsional, las secuelas que sus enfermedades han dejado y han afectado su desempeño laboral en cumplimiento de lo señalado por el Artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el Artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012, estableciendo los resultados que detallamos a continuación:

Porcentaje Perdida de Capacidad Laboral	**13.42%**
Fecha Estructuración	**2019/01/12**
Origen	**Enfermedad Común**

En relación a los resultados anteriores, procedemos a finalizar su solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral concluyendo que usted no presenta la calidad de inválido como lo estipula le Ley 100 de 1993 en su Artículo 38: "*Para efectos del presente capítulo se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral*".

Tenga presente que en caso de encontrarse en desacuerdo con la presente calificación, usted cuenta con el derecho de Interponer el recurso de apelación por escrito ante Protección con los fundamentos que motivan su solicitud, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la presente notificación.

Es importante que tenga en cuenta que si presenta apelación, el caso será entregado a la Junta Regional de Calificación, entidad que al igual que nuestra Unidad de Calificación de la pérdida de la capacidad laboral, está compuesta por médicos que revisarían el dictamen emitido por nosotros con base en la normatividad vigente a la cual hace referencia el encabezado del dictamen adjunto y con la historia clínica que usted aportó.

Protección
Pensiones y Cesantías

Por último, queremos informarle que las Juntas de Ca gubernamentales independientes y por lo tanto los médicos de esas entidades son los responsables de asignar la cita para valoración, brindar información del trámite, emitir y notificar el dictamen en términos de ley.

Agradecemos la confianza depositada en nosotros durante estos años y le reiteramos nuestro deseo de seguir acompañándolo y guiándolo en su camino.

Cualquier información adicional con gusto será suministrada en nuestra Linea de Servicio en Bogotá 7444464, en Medellín y Cali 5109099, en Barranquilla 3197999, en Cartagena 6424999 y desde el resto del país 018000528000.

Cordialmente,

JULIANA PERDOMO RIVERA
Analista Senior de Entrega de servicio

Fecha de Contacto: 01/03/2019

Fecha de Notificación: 08/03/2019

Nombre del Afiliado:
Lady Esperanza Jimenez Cardenas

Firma y Cedula del Afiliado

IPS Atención: Hospital Universitario Clinica San Rafael Ciudad: Bogotá D.C.

Paciente: EILEN YULIANA QUINTERO MEDINA Identificación: CC 53075509 EstadoCivil: SOLTERO

Sexo: FEMENINO Edad: 34 Años 9 Meses 17 Dias Fecha Nac: 1985/04/27 Grupo Atención: Otros

IPS Primaria: Regional:

Fecha Ingreso: 2020/02/12 Hora Ingreso: 14:14:16 Nro Cuenta: 4978784 Ocupación: Indefinida

Dirección: CL 69 G G 72 B 25 SUR 3205487 Teléfono: 3158733472 - 3125081716

Convenio: Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S A COTIZANTE - Tipo Afiliado: Ambito Realización: AMBULATORIO

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL - Email: direcciontv2012@gmail.com

Finalidad: NO APLICA

Acompañante: Tel:

Responsable del Usuario: Tel:

Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: CONTROL

Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE:

1. POP 02-05-2019 RAFI DE FRACTURA DE PERONÉ WEBER B CON ACORTAMIENTO DEL PERONÉ DERECHO. CON EXTRACCION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EL 23/01/2020.
2. POP 02-05-2019 RAFI FRACTURA TRANSVERSA D MALEOLO MEDIAL DESPLAZADA DERECHO.
3. TRAUMA CADERA IZQUIERDA SUPERFICIAL - ABL 2019
4. HERNIA DISCAL L5-S1

AL MOMENTO PACIENTE REFIERE DOLOR A LA APOYAR EL PIE DE INTENSIDAD 5/10 QUE AUMENTA CON LA MOVILIDAD. REFIERE SENTIR EL PIE INFLAMADO. REFIERE INGESTA DE PARA ALIVIAR EL DOLOR

EXAMEN FISICO:
PACIENTE QUE INGRESA CAMINANDO CON APOYO EXTERNO
TOBILLO DERECHO: CON EDEMA HERIDA QUIRUGICA SIN DESHISENCIAS. NO HAY SIGNOS DE INFECCION. LIMITACION LEVE A LA FLEXOEXTENSION POR DOLOR

ANALISIS
PACIENTE EN QUIEN SE REALIZO EXTRACCION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN TERCIO DE CAÑA CON TORNILLOS EN SU TOTALIDAD EL 23/02/2020 POR FRACTURA DE PERONÉ WEBER B CON ACORTAMIENTO DEL PERONÉ DERECHO. PACIENTE CON EVOLUCIIN CLINICA ADECUADA EN QUIEN SE DEJA TERAPIA PARA ARCOS DE MOVILIDAD PARA ABANDONO PROGRESIVO DEL APOYO EXTERNO CON BASTON. SE DA INCAPCIDAD POR UN MES. HOY SE RETIRAN PUNTOS Y CITA CONTROL EN UN MES

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Menarquia: Ciclos: Duración:

Gestaciones: 0 Partos: 0 Gemelares 0 Ectópicos: 0 Molas: 0 Abortos: 0

Muertes Fetales: 0 Nacidos Vivos: 0 Nacidos Muertos: 0 Nacidos Prematuros: 0

Cesareas: 0 FUR: FUP: 1900/01/01 FUC: Menopausia:

Observaciones:

Riesgo: NO APLICA Método:

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema	Variable	Observaciones
Piel y Faneras		
Organos de los sentidos		
Sistema Respiratorio		
Sistema Cardiovascular		
Sistema Gastrointestinal		
Sistema Genito-Urinario		
Sistema Hematopoyètico		
Sistema Endocrino		
Sistema Osteoarticular		
Sistema Nervioso Central		

DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Fractura de la diafisis de la tibia	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	S822	CONFIRMADO REPETIDO	

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Nombre	Observaciones
TERAPIA FISICA INTEGRAL (Ambulatoria) Lateralidad: No Aplica	10 SESIONES PARA RECUPERACION DE ARCOS DE MVOLIDAD Y ABANDONO PROGRESIVO DE APOYO EXTERNO.

INTERCONSULTAS

EPS

sura

REMISIÓN CONCEPTO DE REHABILITACIÓN	Versión: 6

Bogotá 05 de diciembre de 2019

porvenir sólo hay uno
DISTRIBUIDOR BTA. NORTE - C.C. 27212
17 DIC 2019
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Radicado - Porvenir S.A.
0100223024744400

Señores
AFP PORVENIR
Carrera 15 No. 93 A – 63
Tel. 4198888-4048888 - 7447678

Asunto: Remisión concepto de rehabilitación a la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) del afiliado EILEN YULIANA QUINTERO MEDINA CC 53075509

Cordial saludo,

En cumplimiento de la normatividad del Sistema de Seguridad Social Integral, remitimos el concepto de rehabilitación por enfermedad general para que se adelante el trámite por parte de la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) y se determine el reconocimiento del subsidio por incapacidad temporal luego de 180 días y/o la Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) de conformidad al pronóstico y concepto de rehabilitación.

De acuerdo con el artículo 142 del Decreto 019 de 2012, luego de 180 días de incapacidad temporal, le corresponde a la Administradora de Fondo de Pensiones el pago del subsidio económico por las incapacidades generadas al trabajador.

Una vez sea calificada la PCL y/o origen, les solicitamos notificar el dictamen a EPS SURA dentro de los dos días siguientes a la calificación (artículo 2 y 41 del decreto 1352 de 2013).

Con esta remisión del concepto de rehabilitación, enviamos el historial de incapacidades del trabajador con el fin de facilitar a la AFP el proceso del reconocimiento de incapacidades a nuestro afiliado.

De acuerdo con lo establecido en las disposiciones normativas vigentes, los documentos adjuntos a la presente remisión son completos y suficientes para que hagan parte de los trámites respectivos que adelanta la AFP. Es por ello que no se requieren documentos o requisitos adicionales como autenticaciones o copias auténticas, sellos, formatos o sobres especiales, firmas manuales, historiales de autorizaciones, historiales de incapacidades adicionales al ya enviado, etc..., atendiendo lo dispuesto en los artículos 6 y 25 del Decreto 19 de 2012 los cuales establecen los mecanismos para evitar trámites innecesarios y barreras para los afiliados.

Atentamente,

MEDICINA LABORAL
EPS SURA

CC FINANZAUTO FACTORING S.A- DIRECCION: AVENIDA AMERICAS # 50 -50 PUENTE ARANDA- TELEFONO: 7499000 EXT 439

CRIE- BEN.

EPS

sura

CONCEPTO MÉDICO DE REHABILITACIÓN		Versión: 6
DATOS GENERALES DEL PACIENTE		
Nombre completo e identificación	EILEN YULIANA QUINTERO MEDINA CC 53075509	
Edad	34 AÑOS	
Email y/o dirección física	CLL 53 SUR 77 H-26 ADRIANA.QUIJANO@FINANZAUTO.COM.CO TELÉFONO 3125081716	
Ocupación	ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE	
Fondo de Pensiones	PORVENIR	

DIAGNÓSTICO(S) Y SECUELAS:

- POP 02/05/2019 DE REDUCCIÓN ABIERTA MAS FIJACION DE FX. DE PERONE WEBBER B ACORTAMIENTO DEL PERONE. + RUPTURA DE LIGAMENTO DELTOIDEO + FRACTURA TRANSVERSA DE MALEOLO MEDIAL DESPLAZADA)
- ANTECEDENTE DE HERNIAS DISCALES L4-L5- S1
- DOLOR CRONICO EN CADERA IZQUIERDA DE 7 MESES DE EVOLUCION LUEGO DE ACCIDENTE AL CAERSE DE LAS ESCALERAS.

ETIOLOGÍA
TRAUMÁTICO

RESUMEN DE LA HC:
PACIENTE QUE SUFRE CAÍDA POR ESCALERAS EL 15-04-2019 CON TRAUMA EN EVERSIÓN EN TOBILLO DERECHO CON DX DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ, QUE REQUIRIÓ MANEJO QUIRÚRGICO. ADICIONALMENTE DOLOR EN CADERA IZQUIERDA POSTERIOR AL TRAUMA, CON RMN CADERA IZQUIERDA MUESTRA: DESGARRO LABRUM NO SE OBSERVA ALTERACIONES MORFOLOGICAS DE CABEZA ACETABULO DISPLASICO. RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

TRATAMIENTO CONCLUIDO Y REHABILITACIÓN REALIZADA:

- POP EL 02-05-2019 REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN DERECHA
- TERAPIA FISICA

ESTADO ACTUAL:
PACIENTE CON IRREGULAR MODULACION DEL DOLOR, PACIENTE EN SOBREPESO, MARCHA CON BASTON CON COJERA ANTALGICA, EXTREMIDADES SIMETRICAS. MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO EVIDENCIA DE HERIDAS QUIRURGICAS A NIVEL DE AMBOS MALEOLOS CON LEVE EDEMA LIMITACIÓN PARA ARCOS DE MOVIMIENTO POR DOLOR LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS PULSOS DISTALES SIMÉTRICOS.

TERAPÉUTICA POSIBLE – PLAN DE REHABILITACIÓN:
PENDIENTE RETIRO DE MOS TIBIA Y PERONE DERECHO.
CONTROL CON ORTOPEDIA.

POSIBILIDAD DE RECUPERACIÓN: marque con una X SI (X) NO ()

PRONÓSTICO A CORTO Y MEDIANO PLAZO:
Definir un posible pronóstico marcando con una X de acuerdo a la posibilidad de rehabilitación y mejoría médica posible
FAVORABLE (X) DESFAVORABLE ()
TOMADO DE HISTORIA CLÍNICA

FIRMA MEDICO QUE EXPIDE
CC 1022328321
RM254610/11

Fecha: 02-12-2019

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.075.509**

QUINTERO MEDINA

APELLIDOS

EILEN YULIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ABR-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-MAY-2003 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00379532-F-0053075509-20120530 0030078058A 1 1501835969

2 MESES

acueducto

AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Línea de atención y emergencias 116 Acualinea
www.acueducto.com.co

Datos del usuario

CAJA DE VIV. POPULAR CAJA DE VIV.
CL 69G SUR 72B 25

CIUDAD BOLIVAR
SIERRA MORENA

ESTRATO: 1 — Residencial
UNO HABIT A PAR Incl: 1 — 0

ZONA: 4 CICLO V4 RUTA V44809

Datos del medidor

MARCA: ACUAMET MODELO: A10511997 VELOCIDAD: [illegible]

Datos del consumo

LECTURA ACTUAL:	744	14
LECTURA ANTERIOR:	730	
FACTURACION:	Consumo Normal	0

Últimos consumos m3



CUENTA CONTRATO Número para cualquier consulta	10670880
Factura de Servicios Públicos No. Número para pagos	33650877914
TOTAL A PAGAR Agua + Alcantarillado + Aseo (ver al respaldo) + Cobro a terceros (ver al respaldo)	$30.034
Fecha de pago oportuno	FEB/06/2020
Fecha límite de pago para evitar suspensión	FEB/11/2020

Periodo facturado: NOV/03/2019 - ENE/02/2020

FECHA DE EXPEDICION: ENE/23/2020 — FECHA LIMITE PARA EL PAGO OPORTUNO: MAR/28/2020

Resumen de su cuenta

RANGO CMO BASICO Bimestral según Resolución CRA 750/2016(0m3 - 22m3)

Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Valor	Ajuste	Subsidio	Valor
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$13.364,32	$13.364	$9.355-	$4.009,30	$4.009
Consumo residencial básico	14	$2.610,04	$36.541	$25.579-	$783,01	$10.962
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$49.905	$34.934-		$14.971
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$6.311,06	$6.312	$4.418-	$1.893,58	$1.894
Consumo residencial básico	14	$2.729,30	$38.210	$26.747-	$818,79	$11.463
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$44.522	$31.165-		$13.357

Ajuste a la Decena — $2
Dec. 004/12 Min. Vital — $9.396-

Descuento mínimo vital : (12 metros cúbicos sin costo en estrato 1 y 2) $9.396-

① ② ③ ④ $18.934 $14.164 $464





Cierra bien
una gota por segundo se
convierte en
desperdiciados.



En la ducha,
mientras te
enjabonas



Al lavarte la cara o
afeitarte,
y
cierra la llave



Cuando te laves los
dientes
de agua

Línea de atención y emergencias 116 Acualinea www.acueducto.com.co

Banco Caja Social

LIME

630123461-1

TRANSACCION EXITOSA

03/02/2020 - 04:21:13 p.m.

CUC: 0037222101
Nombre comercio: POLISERVICIOS CIUDAD BO
Dirección: CL 72 SUR 72 B 25

Numero Transacción: 900469804052

Terminal: CAP1108100000469

Detalle:

Recaudo Banco Caja Social

Numero de autorizacion: T25483
Nombre del convenio: EMPRESA DE ACUEDUCTO
Código del convenio: 15100039
Referencia 1: 33650877914S
Referencia 2:
Valor: $18.934,00
Comisión: $0.00

Por favor valide que los datos impresos en este comprobante sean correctos.
Para resolver cualquier inquietud comuníquese con la Línea Única Bogotá: 3077000 o Nacional: 018000910030.

CLIENTE

RECAUDO A LOS CENTROS DE ATENCIÓN AL USUARIO

LIME

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.

USUARIO

Estrato:

0	Densidad:	0.000
000	Volumen:	0.00
01	% Participación:	0.000%

DE TARIFAS

Metros	Valor Base Aprovechamiento	
10.035,32		121.766,45

SIPTOR MES

0.0014	Rechazo del Aprovechamiento	0.0000
	No Aprovechables con Alimentos	0.6400

$ COBRADAS

$10.970	DIAS LIQUIDADOS	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE

CUENTA CONTRATO 10670880
Número para cualquier consulta

Factura de Servicios Públicos No. 33650877914
Número para pagos

Período facturado
NOV/07/2019 - ENE/06/2020

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Aseo Residencial	$37.641	Ajuste a la Decena - Credito-	$4-
Subsidio	$26.349-		
Aporte	$438		
Dcto Por Recol. Pta	$626-		

Subsidio	70%
Aporte	00%

Si cancela en cheque el servicio de aseo, girar cheque de gerencia a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

VALOR ASEO $ $11.100

	$3,44	$11,48	$48
	$26,51	$88,35	$371

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. ESP.

110

33650877914 - 10670880

CAJA DE VIV. POPULAR CAJA DE VIV. POPULAR

CL 69G SUR 72B 25

NOV/03/2019 - ENE/02/2020

$18.934

(415)7707200485271(8020)33650877914S(3900)000000018934

FACTURA DE COBRO No. 33650877914 - 10670880

Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de gerencia separados 1.- Agua y Alcantarillado a favor de EAB ESP NIT 899.999.094.1 Y 2.- Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

PERIODO FACTURACIÓN

NOV/07/2019 - ENE/06/2020

CAJA DE VIV. POPULAR CAJA DE VIV. POPULAR

CL 69G SUR 72B 25

TOTAL ASEO $11.100

(415)7707200469036(8020)33650877914O(3900)000000011100

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51.880.415
NUMERO
CANIZALES GONZALEZ
APELLIDOS
ROSA HILDA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 30-JUL-1963
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.43
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-DIC-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500116-45145865-F-0051880415-20060411 0062906101A 02 204137754



enel codensa

Para pagos y consultas tu número de cuenta es **1615457-2**

CODENSA S.A. ESP.
NIT 830.032.248-0
Cr. 13A No. 93-66

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 8801526035-2

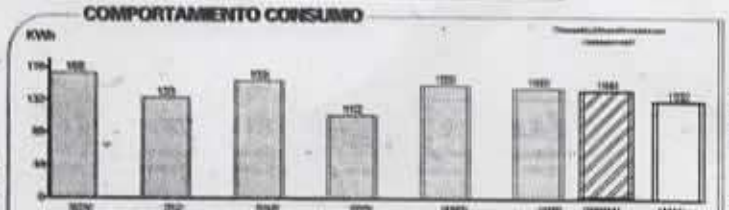
CUENTE

SONIA OROZCO
CL 58 SUR NO 41 A - 57
DIUI
BOGOTÁ, D.C.
ARBORIZADORA BAJA

15594

COMPORTAMIENTO CONSUMO

kWh



PERÍODO FACTURADO: 30 ABR/2019 A 21 MAY/2019 | Valor kWh prom. $528.20 | CONSUMO (kWh) 132

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	[illegible]
MEDIDOR NO:	

COMPONENTE TARIFARIO

Componentes del consumo:		Unidad (kWh)
CU:	220.092	
CT:	334.995	
D:	172.288	
CDU:	460.230	
PRR:	350.194	
RC:	151.080	
CFF:	00.000	
	1689.226	Costo kWh / Mes

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE: OCT - DIC
CRO: $1390.39
Consumo promedio de trimestre: [illegible] kWh



DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

- [illegible]
- [illegible]

RGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
115	5 894 894 denuncias@enel.com	defensor@enel.com

el-Codensa | facebook.com/codensaenergia | @CodensaEnergia

ES PAGAR TU FACTURA DE ENERGÍA EN:

MEDIOS ELECTRÓNICOS:

- Cajeros Automáticos
- Teléfonos Banco
- App Móvil
- App Banco
- Débito Automático
- Débito Automático con tarjetas de crédito Colpatria.
- Davivienda y BBVA
- Punto de pago Bancolombia, código de servicio 1
- Más Pagos al Día, Pactuemos tuformas Recordamos

[illegible] en enel.com.co/es/pago-medios-electronicos

OTROS PUNTOS DE PAGO

[illegible]

DETALLE DE CUENTA

COBRO DEL SERVICIO DE ENERGÍA

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	− Lectura Anterior	= Energía Facturada kWh	X Valor Unitario kWh	= Valor Facturado
ENERGÍA	27467	27335	132	$528.20	$69.723
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130 kWh X Valor kWh $528.2068 X Beneficio -49.00%				$-33.965
				SUBTOTAL:	$35.758

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.233 DIARIOS

OTROS COBROS ASOCIADOS A ENERGÍA		OTROS COBROS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS	
INTERES POR MORA (IBS 6 – NOR: 29,01- 6	$29	CONTRATO EXEQUIAL 3	$10.700
AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$3	SUBTOTAL:	$10.700
SUBTOTAL:	$32		

RECIBIDO CON PAGO 29 MAY 2019

PRÓXIMA LECTURA	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
19 JUN/2019	31 MAY/2019	05 JUN/2019	$46.500

* Después de la fecha de PAGO OPORTUNO, se cobrarán intereses de mora hasta la fecha en que se haga el pago. Se suspenderá el servicio a partir de la fecha de suspensión, lo que genera cobro por concepto de reconexión

8.247 - Página 2 de 2 — No. Cuenta 1615457-2 — 15594

DETALLE PRODUCTOS Y SERVICIOS – No válido para efectuar pagos -

LA TASA DE INTERÉS APLICABLE EN CASO DE MORA ES DE 29.01% E.A.

PRODUCTO: Seguros y Asistencia

TITULAR / BENEFICIARIO PÓLIZA	COMPAÑIA	PRODUCTO ADQUIRIDO	VALOR A PAGAR
JESUS ALBERTHO PINEDA NN	MAPFRE	CONTRATO EXEQUIAL TRADICIONAL	$10.700

PAGO MÍNIMO MES $10.700

4

Salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 860.007.336-1

IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente	Tipo de documento	Número de documento
ROSA HILDA GANZALES GONZALEZ	Cédula de Ciudadanía	51882415

Piel y Faneras:	NIEGA SINTOMAS
Otros:	NIEGA SINTOMAS

Examen Físico

Estado general:	Bueno
Estado de conciencia:	Alerta
Estado de hidratación:	Hidratado
Estado respiratorio:	Sin signos de dificultad respiratoria

Signos Vitales

Fecha:31/08/2017 Hora:10:30

Frecuencia respiratoria 14 Rmin

Hallazgos

Cabeza:	NO VALORADO
Ojos:	NO VALORADO
Otorrinolaringología:	NO VALORADO
Boca:	NO VALORADO
Cuello:	NO VALORADO
Tórax:	NO VALORADO
Cardio-respiratorio:	NO VALORADO
Abdomen:	NO VALORADO
Genitourinario:	NO VALORADO
Osteomuscular:	DOLOR CON LAS ROTACIONES Y LA ELEVACION DE HOMBRO DERECHO SIGNOS DE PINZAMIENTO POSITIVOS HIPOTROFIA DE MIEMBROS INFERIROES MAYOR EN LADO DERECHO PERO EN LADO IZQUIERDO SE EVIDENCIA ATROFIA ESPECIALMENTE DE CUADRICEPS E ISQUIOTIBIALES HAY DOLOR INTENSOC ON LA MOVILIZAICON DE CADERA IZQUIERDA CON LIMITACION PARA LA ABDUCCION Y ROCE CON LA MOVILIZACION DE RODILLAS, ACORTAMIENTO MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO GRAN CICATRIZ QUIRURGICA DORSOLUMBAR POR CIRUGIA DE ESCOLIOSIS.
Sist. Nervioso central:	NO VALORADO
Examen mental:	NO VALORADO
Piel y faneras:	NO VALORADO
Otros hallazgos:	SILLA DE RUEDAS LIVIANA EN BUEN ESTADO

Responsable: TORRES, MARTHA

Documento de Identidad: 39753880

Especialidad: MED FISICA-REHABILITA-FISIATRA

Diagnósticos

Código Diagnóstico	Descripción Diagnóstico	Clase Diagnóstico	Diagnóstico Principal	Confirmación	Tipo de Diagnóstico	Responsable
B91X	SECUELAS DE POLIOMIELITIS		NO		Diag. Tratam	TORRES, MARTHA
M751	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	Diag. Principal	SI	Confirmado Repetido	Diag. Tratam.Diag. Admisión	TORRES, MARTHA
M190	ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONE		NO		Diag. Tratam	TORRES, MARTHA

Evolución

Impreso por: MARTHA LUCIA TORRES RIBERO
Fecha y Hora de impresión: 31/08/2017 10:50:01
Página: <#>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 41.310.695

CASTRO RINCON

APELLIDOS

ZOILA ROSA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1940

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

16-NOV-1965 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00914580-F-0041310695-20170622 0055938676A 1 9910045316

Keralty

EPS SANITAS

REMISIÓN DE PACIENTES

Eps Sanitas Centro Medico Tunal - NIT: 800251440
Direccion: Diagonal 52A Sur# 26-16 - Telefono: 7439393

BOGOTA D.C.
28/11/2019, 11:11:22
Carné: 10-563016-1-1 - Historia Clínica: 41310695

Nombre: ZOILA ROSA CASTRO RINCON
Identificacion: CC 41310695 - Sexo: Femenino - Edad: 79 Años

Historia Clínica: 41310695
Tipo de Usuario: Otro

MENINGEA

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCION

PACIENTE DE 79 ANOS DE EDAD CON ANTECENDENTES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO INSULINOREQUIRIENTE + ARTRITIS REUMATOIDEA DE INICIO TARDIO, DISLIPIDEMIA MIXTA, QUIEN ASISTE A CONSULTA DE CRONICOS PARA CONTROL Y REFORMULACION DE MEDICAMENTOS. AL EXAMEN FISICO CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL CONTROLADAS, NO SIGNOS DE INESTABILIDAD NI EQUIVALENTES ANGIONOSOS, NO INGURGITACION YUGULAR, RUIDOS CARDIOPULMONARES SIN SOPLOS NI EXTRATONOS, NO AGREGADOS PULMONARES, ABDOMEN RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PERFUSION MENOR DE 3 SEGUNDOS, ALERTA ORIENTADO EN 3 ESFERAS MENTALES, NO FOCALIZACION NI IRRITACION MENINGEA. PACIENTE EN EL MOMENTO CON DISMINUCION EN LA TFG POR LO QUE SE INICAN MEDIDAS DE NEFROPROTECCION. PACIENTE NCON ADECUADO CONTROL DE SUS PATROLOGIAS DE BASE POR LO QUE SE REFORMULA PARA 4 MESES, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AURGENCIAS, SE ANIMA A SEGUIR CUMOPUMIENTO DE MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS.
FRANMIGHAM 13,7 RCV MODERADO, PACIENTE NO HA HECHO PARACLINICOS REALIZADO ORDENES DADAS POR REUMATOLOGIA SE INSCRIBE EN PLANILLA SE DA REMISION PARA REUMATOLOGIA Y SE SOLICITYAN PARACLINICOS DE SEGUIMEITNO DE AR, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTYAR AURGENCIAS, SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA EVALUACION DE AR DE PROGRAMA SE INDICA LLEVARLOS A PROGRAMA DE ARTRIS REUMATOIDE.
CKD EPI: 55ML/MIN/1,73 ERC ESTADIO 3A-2 T

DIAGNÓSTICO

Diagnostico Principal: Diabetes mellitus, no especificada sin complicaciones reumáticas (E147), Clasificacion de la enfermedad: Diabetes tipo 2
Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general, No especificada
Diagnostico relacionado 1: Artritis reumatoide, no especificada (M069), Confirmado repetido
Diagnostico relacionado 2: Hipertension esencial (primaria) (I10X), Confirmado repetido

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se formula: Calcitriol 0.25mcg Cap Blan Tomar (via Oral) 1 capsula cada 24 hora(s) por 90 dia(s), Metformina Tab 850mg Tomar (via Oral) 1 tableta cada 1 dia(s) por 90 dia(s), Metoprolol succ Tab 2.5mg Tomar (via Oral) 6 tableta cada 7 dia(s) por 90 dia(s), Calcio citrato (Equivale a 315mg Calcio base) + Vitamina D 1000mg + 500UI Tab Tomar (via Oral) 1 tableta cada 1 dia(s) por 90 dia(s), Rosuvastatina 40 mg Tab Tomar (via Oral) 1 tableta cada 1 dia(s) por 90 dia(s), Losartan 50 mg Tab Tomar (via Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 90 dia(s), Folico acido Tab 1mg Tomar (via Oral) 1 tableta cada 1 dia(s) por 90 dia(s)

- Se ordena ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA, PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO, HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA (ALANINO AMINO TRANSFERASA), TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASA), DESHIDROGENASA LACTICA, RADIOGRAFIA DE MANO.

- Se remite a Artritis Reumatoide.

- Se entregan recomendaciones y se explican signos de alarma.

EPS Sanitas
CENTRO MÉDICO TUNAL
NIT: 800.251.440-6
Diagonal 52 a 26- 16 sur

"Señor usuario: se divide solicitar por escrito su resumen **de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"**

DATOS DEL MÉDICO

Dr. Andrés Blanco Castro
Médico General - RUS
Bacteriólogo PUJ
C.C. 80.799.510

Jorge Andres Blanco - Medicina General
CC 80799510 - Registro medico 80799510

Impreso: 28/11/2019, 11:41:57 Origin

Firmado Electrónicamente

Numero de cuenta / Referencia de pago

24584

Vanti S.A. ESP

vanti

Factura de Servicios Públicos No. **A204092224**

Fecha factura **20Feb2020**

CASTRO RINCON ZOILA ROSA
CL 588 SUR 48B 73
Municipio: BOGOTA
Dirección Correspondencia: CL 588 SUR 48B 73
Lote: 15621
Sector: CORUNA
Ruta: 13001560020440
Código Postal: 111911372

Línea de atención al cliente
307 81 21, L. a V. de 7 am a 6 pm y sabados de 7 am a 1 pm
Municipios celular
01 8000 942 794 (opcion 4)

Línea de urgencias,
reporte fugas y/o escapes las 24 horas
Fijo o móvil 164
Servihogar 307 81 21

¡Cuidemos el medio ambiente!

Reciba la factura por correo electrónico. Regístrese en nuestra línea de atención
3078121 opción 4-1-1

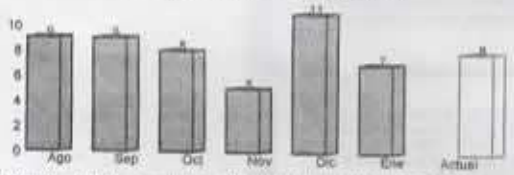
Total a pagar **6,880**

Pagar antes de **05Mar2020**

Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $40.946

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 83.26 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 145.88 P.C. : 40.957 MJ/M3

Conceptos facturados

DESCRIPCION		VALOR
CONS. CON SUBSIDIO =		
6 M³ X 2024,3800 PESOS/M³		12,146
AJUSTE DECENA		5
MENOS SUBSIDIO	(43,4%)	-5,271
SUBTOTAL		$ 6,880
TOTAL		$ 6,880

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	RI R0-88-4 6000234	Periodo facturado	Ene-2020 Feb-2020
Lectura anterior	3003	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	3011	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	8	Estrato/Categoria	2
Fecha de lectura	20-Ene-2020	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	18-Feb-2020	Tarifa	D1

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 del 2013, even la suspensión del servicio por su seguridad.

Consulte los plazos de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3078121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión, lo asume el cliente

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1747.46$/m3) Gm755.73 Tm510.28 Dm 438.25 Componente Cutm 3122.00($/Factura) Dtm0.00 Cm3122.00 Fpcm1.14 Com0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00.767Kl01.005Kb01.00Pa10.91Pd00.32Altura2477Tme14.0100

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
06Mar2020

(415)7707208029194(8020)000245841602202O(3900)0000006880

Vanti S.A. ESP. Nit. 800.007.813-5

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
24584	A204092224
Fecha factura	Total a pagar
20Feb2020	6,880

Si cancela con cheque, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

53.003.379
NUMERO

BARRETO TORRES
APELLIDOS

JENNY ALEXANDRA
NOMBRES

Jenny Barreto
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

04-JUL-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45127232-F-0053003379-20050602 00027 05153A 02 154744730

CERTIFICACION EXPEDIDA PARA EFECTOS DE CUMPLIMIENTO DE LA LEY 361 DE 1997 Y ADQUISICION DE DERECHOS A BENEFICIOS POR PARTE DE LOS DISCAPACITADOS

1. INFORMACION GENERAL			
IPS EVALUADORA:	FUNDACION ARCANGELES		
CIUDAD / MUNICIPIO:	BOGOTA	FECHA:	10 DE ABRIL 2019
DIRECCIÓN:	CALLE 106 No 17 A 43	TELÉFONO:	6297047

2. DATOS PERSONALES DEL EVALUADO													
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNY ALEXANDRA BARRETO TORRES												
IDENTIFICACIÓN	C.C.	X	T.I.		C.E.		R.C.		No.	53003379			
FECHA DE NACIMIENTO:	9/ABR/1983						EDAD:			36 AÑOS			

3. DIAGNÓSTICO(S) SOPORTE DE LA CALIFICACIÓN		
#	CÓDIGO CIE 10	DIAGNÓSTICO
1	G932	HIPERTENSION ENDOCRANEAL
2	E039	HIPOTIROIDISMO
3	F068	TRASTORNO MENTAL POR LESION CEREBRAL
4.	F318	OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES
5	H470	TRASTORNO DEL NERVIO OPTICO

4. ANÁLISIS MÉDICO
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HIDROCEFALIA AL NACER AL PARECER POR SECUELAS DE TOXOPLASMOSIS, QUE REQUIRIO TRATAMIENTO QUIRURGICO CON DERVACION , LESION N OPTICO SECUNDARIA, HIPOTIROIDISMO TTO L-TIROXINA 50 MCG, DEPRESION, RETARDO MENTAL SECUNDARIO, DEFICIT CONGITIVO LEVE, TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR POR LESION CEREBRAL. EN TRATAMIENTO POR LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES

GRADO DE DISCAPACIDAD:	MODERADA 15 – 25 %		SEVERA 25 – 49.9 %		PROFUNDA 50% Y MÁS	X

TIPO DISCAPACIDAD	
Física	X
Mental	
Cognitiva/Intelectual	X
Visual	X
Auditiva	
Sordoceguera	
Múltiple	X

GRADO DE DISCAPACIDAD	PROFUNDA

LIMITA MOVILIDAD	SI	X
	NO	

NORBERTO MENDEZ DIAZ
REGISTRO MD:19290529 RETHUS
LIC. S. O:2019

Huella evaluado

Jenny A. Barreto
Firma
CC: 53003379
Quien recibe PACIENTE

Este certificado tiene fines exclusivos para trámites administrativos, razón por la cual no corresponde a una calificación de Pérdida de Capacidad Laboral en los términos y para los efectos del artículo 142 del Decreto 19 de 2012 ni demás normas que lo regulen, en consecuencia, su uso es limitado y no puede ser objeto de controversia ni administrativa ni judicial.

FACTURA POR 2 MESES

19433

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Línea de atención y emergencias 116 Acualinea
www.acueducto.com.co

NIT. 899 999 094-1

Datos del usuario

HERNANDO MONROY MOLANO
TV 49 59C SUR 73 BQ P IN 3 AP 412

CIUDAD BOLIVAR
VERONA

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UND HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 4 **CICLO:** P4 **RUTA:** P44587

Datos del medidor

MARCA: LAO6 NUMERO: L155697 TIPO: VELO015B DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10513439**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **31635629814**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (ver al respaldo) + Cobro a terceros (ver al respaldo): **$45.436**

Fecha de pago oportuno **ENE/21/2020**

Fecha límite de pago para evitar suspensión **ENE/24/2020**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA	3678	CONSUMO (m³)	9
LECTURA ANTERIOR	3669		
FACTURADO CON	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
OCT/18/2019 - DIC/16/2019

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN ENE/09/2020 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA MAR/10/2020

RANGO CMO BASICO Bimestral según Resolución CRA 750/2016(0m3 - 22m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$13.364,32	$13.364	$5.345-	$8.018,59	$8.019
Consumo residencial básico	9	$2.610,04	$23.490	$9.396-	$1.566,02	$14.094
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no esidencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$36.854	$14.741-		$22.113
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$6.311,96	$6.312	$2.525-	$3.787,18	$3.787
Consumo residencial básico	9	$2.729,30	$24.564	$9.826-	$1.637,58	$14.738
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$30.876	$12.351-		$18.525

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$2	
Dec. 064/12 Min. Vital				$14.094-	
Subtotal Otros Cobros (3)				$14.092-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Descuento mínimo vital (12 metros cúbicos sin costo en estrato 1 y 2) **$14.094-**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1) + (2) - (3) + (4) **$26.546**

CONSUMO MES $20.319

CONSUMO DÍA $677

(3)

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRC UNICO DE REGISTRO 1-1100100010 SUI-ESP

aseo

LIME

NIT 830123461-1

PARA CUALQUIER RECLAMO SOBRE ASEO DIRÍJASE A LOS CENTROS DE ATENCIÓN AL USUARIO

LIME
KR 56 No. 9-17 Local 2 Ed. Torre Américas

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10513439

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 31635629814

Período facturado
OCT/21/2019 - DIC/20/2019

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			**Estrato:**	2
Und. Res. Ocup:	1	**Und. No Res. Ocup:**	0	**Densidad:**	0.230
Und. Res. Desocup:	000	**Und. No Res. Desocup:**	000	**Volumen:**	0.07
Frec. Barrido:	03	**Frec. Recolección:**	01	**% Participación:**	0.290%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento:
18.496,06	5.009,01	118.577,34

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	Limpieza Urbana:	Rechazo del Aprovechamiento:	
0.0026	0.0014		0.0000
Efectivamente Aprovechadas:	Residuos No Aprovechables 0.0325 Aforados - no Aforados:		0.0167

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3	2	1	DIAS LIQUIDADOS:
$18.270	$18.030	$18.680	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Cargo Variab Multi Res	$31.480	Ajuste a la Decena - Debito	$2
Subsidio	$12.592-		
Dcto Por Recol. Pta	$0		
Subsidio	40%		
Aporte	00%		

Si cancela en cheque el servicio de aseo, girar cheque de gerencia a favor de **EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1**

VALOR ASEO $ $18.890

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

El Acueducto tramita este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO	$6,89	$11,48	$62
TASA RETRIBUTIVA	$53,01	$88,35	$477

Cobro a terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro a terceros $

OPERADOR: LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. ESP.

PARA PAGOS



84283 81055 1/1
IGUALDAD POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

53.003.379
NUMERO

BARRETO TORRES
APELLIDOS

JENNY ALEXANDRA
NOMBRES

Jenny Barreto
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

04-JUL-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45127232-F-0053003379-20050602 00027 05153A 02 154744730

CERTIFICACION EXPEDIDA PARA EFECTOS DE CUMPLIMIENTO DE LA LEY 361 DE 1997 Y ADQUISICION DE DERECHOS A BENEFICIOS POR PARTE DE LOS DISCAPACITADOS

1. INFORMACION GENERAL			
IPS EVALUADORA:	FUNDACION ARCANGELES		
CIUDAD / MUNICIPIO:	BOGOTA	FECHA:	10 DE ABRIL 2019
DIRECCIÓN:	CALLE 106 No 17 A 43	TELÉFONO:	6297047

2. DATOS PERSONALES DEL EVALUADO											
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNY ALEXANDRA BARRETO TORRES										
IDENTIFICACIÓN	C.C.	X	T.I.		C.E.		R.C.		No.	53003379	
FECHA DE NACIMIENTO:	9/ABR/1983						EDAD:			36 AÑOS	

3. DIAGNÓSTICO(S) SOPORTE DE LA CALIFICACIÓN		
#	CÓDIGO CIE 10	DIAGNÓSTICO
1	G932	HIPERTENSION ENDOCRANEAL
2	E039	HIPOTIROIDISMO
3	F068	TRASTORNO MENTAL POR LESION CEREBRAL
4.	F318	OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES
5	H470	TRASTORNO DEL NERVIO OPTICO

4. ANÁLISIS MÉDICO
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HIDROCEFALIA AL NACER AL PARECER POR SECUELAS DE TOXOPLASMOSIS, QUE REQUIRIO TRATAMIENTO QUIRURGICO CON DERVACION , LESION N OPTICO SECUNDARIA, HIPOTIROIDISMO TTO L-TIROXINA 50 MCG, DEPRESION, RETARDO MENTAL SECUNDARIO, DEFICIT CONGITIVO LEVE, TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR POR LESION CEREBRAL EN TRATAMIENTO POR LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES

GRADO DE DISCAPACIDAD:	MODERADA 15 – 25 %		SEVERA 25 – 49.9 %		PROFUNDA 50% Y MÁS	X

TIPO DISCAPACIDAD	
Física	X
Mental	
Cognitiva/Intelectual	X
Visual	X
Auditiva	
Sordoceguera	
Múltiple	X

GRADO DE DISCAPACIDAD	PROFUNDA

LIMITA MOVILIDAD	SI	X
	NO	

NORBERTO MENDEZ DIAZ
REGISTRO MD:19290539 RETHUS
LIC. S. O:2019

Huella evaluado	Jenny A. Barreto Firma CC: 53003379 Quien recibe PACIENTE

Este certificado tiene fines exclusivos para trámites administrativos, razón por la cual no corresponde a una calificación de Pérdida de Capacidad Laboral en los términos y para los efectos del artículo 142 del Decreto 19 de 2012 ni demás normas que lo regulen, en consecuencia, su uso es limitado y no puede ser objeto de controversia ni administrativa ni judicial.

FACTURA POR 2 MESES

19433

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

Línea de atención y emergencias 116 Acualinea
www.acueducto.com.co

NIT. 899.999.094-1

Datos del usuario

HERNANDO MONROY MOLANO
TV 49 59C SUR 73 BQ P IN 3 AP 412

CIUDAD BOLIVAR
VERONA

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UND HABIT/FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 4 **CICLO:** P4 **RUTA:** P44587

Datos del medidor

MARCA: LAO NÚMERO: L155697 TIPO: VELO015B DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10513439**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **31635629814**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (ver al respaldo) + Cobro a terceros (ver al respaldo): **$45.436**

Fecha de pago oportuno: ENE/21/2020

Fecha límite de pago para evitar suspensión: ENE/24/2020

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA:	3678	CONSUMO (m³)	9
LECTURA ANTERIOR:	3669		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Ultimos consumos m³



Periodo facturado
OCT/18/2019 - DIC/16/2019

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN: ENE/09/2020 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: MAR/10/2020

RANGO CMO BASICO Bimestral según Resolución CRA 750/2016(0m3 - 22m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$13.364,32	$13.364	$5.345-	$8.018,50	$8.019
Consumo residencial básico	9	$2.610,04	$23.490	$9.396-	$1.566,02	$14.094
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$36.854	$14.741-		$22.113
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$6.311,06	$6.312	$2.525-	$3.787,18	$3.787
Consumo residencial básico	9	$2.729,30	$24.564	$9.826-	$1.637,58	$14.738
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$30.876	$12.351-		$18.525

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$2	
Dec. 064/12 Mín. Vital				$14.094-	
Subtotal Otros Cobros (3)				$14.092-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Descuento mínimo vital (12 metros cúbicos sin costo en estrato 1 y 2): $14.094-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1) + (2) + (3) + (4): $26.546

CONSUMO MES: $20.319 CONSUMO DIA: $677

(3)

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRC. UNICO DE REGISTRO

aseo

PRESTADOR: LIME

NIT: 830123461-1

PARA CUALQUIER RECLAMO SOBRE ASEO DIRÍJASE A LOS CENTROS DE ATENCIÓN AL SUSUARIO

LIME
KR 56 No. 9-17 Local 2 Ed. Torre Américas

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10513439

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 31635629814

Período facturado
OCT/21/2019 - DIC/20/2019

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			**Estrato:**	2
Und. Res. Ocup:	1	**Und. No Res. Ocup:**	0	**Densidad:**	0.230
Und. Res. Desocup:	000	**Und. No Res. Desocup:**	000	**Volumen:**	0.07
Frec. Barrido:	03	**Frec. Recolección:**	01	**% Participación:**	0.290%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables	Valor Base Aprovechamiento:
18.496,06	5.009,01	118.577,34

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	Limpieza Urbana:	Rechazo del Aprovechamiento:	
0.0026	0.0014		0.0000
Mobiliario Aprovechadas:	Residuos No Aprovechables 0.0325 Aforadas - no Aforadas		0.0167

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3	2	1	DIAS LIQUIDADOS:
$18.270	$18.030	$18.880	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE.

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Cargo Variab Multi Res	$31.480	Ajuste a la Decena - Debito-	$2
Subsidio	$12.592-		
Dcto Por Recol. Pta	$0		
Subsidio	40%		
Aporte	00%		

Si cancela en cheque el servicio de aseo, girar cheque de gerencia a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

VALOR ASEO $ $18.890

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

El Acueducto prestará este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo complementario	Valor Total Cobrado
TASA DE USO	$6,89	$11,48	$62
TASA RETRIBUTIVA	$53,01	$88,35	$477

Cobro a terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro a terceros $

OPERADOR: LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. ESP.

PARA PAGOS



RECIBOS 16 110

84283 81055 1/1

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: SUPERANDO LIMITES
DIRECTOR/REPRESENTANTE: Fransua Castañeda
DIRECCION: Calle 59 a sur #74-26
BARRIO: La estancia UPZ
LOCALIDAD: Ciudad Bolivar
TELÉFONO FIJO: CELULAR: 313 8272738
E-MAIL:

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☒ MÚSICA ☐ TEATRO ☐

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

- ☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
- ☒ Indígena
- ☐ Ninguna
- ☐ Raizal O Palenquero
- ☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Yennyz Paez M.	52242874	C/1 59 Sur #74-26	
Fransua Castañeda	79807635	C/1 59 sur 74-26	3138272738

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

Fransua García C.
FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
79.807.635
GARCIA CASTANEDA
FRANCISCO
REPUBLICA DE
COLOMBIA


09-ABR-1974
FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
24-ABR-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

FUNDACION cirec

CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA
CARRERA 64 No.66-25 BARRIO MODELO NORTE
PBX 3600

Paciente: CC 1065615525 GARCIA CASTAÑEDA FRANNIA

Identificación: 1065... Fecha de Nacio: 10/04/1979 Edad: 41 a 7 m 22 dDistrito Dom: SOLEDAD Sex: Femenino
Dirección: CRA 64 74 85 SUR Ubicación del Pcte:
Ciudad: BARRANQUILLA Barrio: Barrio no especificado Religión: NO APLICA
Ocupación: HOGARES Estado: Casado(a)
Afiliado: REGIMEN PARTICULARES Tipo Vinculo: Cotizante/Afiliado
Autorizad: PARTICULARES
Convenio: PARTICULARES

VALORACION INICIAL FISIATRIA

Fecha y Hora d
04/10/2019

Profesional: CORTES PERICHLA MARTHA ADELAIDA Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION Tp Atención: AMBULATORIO

Hora Ingreso: 08/11/2019 7:43 a.m.

INFORMACION BASICA
ANEXO CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIATRIA CANTIDAD 1

PRIMERA VEZ - ANAMNESIS
Motivo consulta: Acudiente de Cabra: Abuela

Enfermedad actual: paciente de 41 años procedente de Lorica Cordoba y Soledad que acude al hospital con motivo a consulta abierta y dentro del paciente refiere en mes marzo cerca cayéndo de una bicicleta y caja con dos compañeros que se iba siguiendo empujándolo, cayendo de golpes en tierra izquierda, refiere el paciente cerca y siendo atendido posterior y por inmediatez en el mismo que se trasladaba en compañeros salida del primero entrar consulta para valoración de ordenes de nuestra.

ANTECEDENTES - ANTECEDENTES
Antecedentes Personales: patológicos

Quirúrgicos: no antecedentes cirugías anteriores

REVISION POR SISTEMAS - REVISION POR SISTEMAS
Revisión por sistemas: osteomuscular

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES
Talla: 1.60 cm
Peso (Kg): 81.00

EXAMEN FISICO - EXAMEN GENERAL
Observaciones Examenes: presenta a nivel de tercio inferior de tibia derecha cicatriz quirúrgica de bordes y cerrada

PLAN DE MANEJO - PLAN DE MANEJO
Se solicita: se da consulta
Tratamiento: paciente con seguimiento a cirugía de amputación de cabeza de 3ª derecha

DIAGNOSTICOS CIE

Código: T938 Nombre: AMPUTACION DE MIEMBRO(S)
Tipo: CONFIRMADO NUEVO Categoría: Diagnostico Principal

Diagnostico Ampliado por Especialidad
Ampliación:

Finalidad de la Consulta	Causa externa	Finalidad del Procedimiento
DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO	ENFERMEDAD GENERAL	

Profesional que interviene: CORTES PERICHLA MARTHA ADELAIDA
CC 57300063 RM 8***8547

Profesional que registra: CORTES PERICHLA MARTHA ADELAIDA CC 57300063

Fecha y hora de registro

FUNDACION cirec

FISIATRIA

Página 1 Hora de impresión: 8/11/2019 07:57 AM


U ENERGÍA
S SER LEGAL?
enel
2118337-4
MARCELINO TRACUY


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
52.242.874
PAEZ MARTINEZ
JENNYZ ALICIA
Jennyz A. Páez M.


FECHA DE NACIMIENTO 26-ENE-1979
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45
ESTATURA
AB+
G.S. RH
F
SEXO
16-ABR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ILANS
INSTITUTO LATINOAMERICANO DE NEUROLOGÍA Y SISTEMA NERVIOSO

Cita de Control

Fecha Impresión 19/jun./2018

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos PAEZ MARTINEZ **Nombres** JENNYZ ALICIA **Doc. Id.:** CC 52242874
Natural de - Origen BOGOTA **Fecha de Nacimiento** 26/ene./1979
Genero F **Edad** 39 años **Estado Civil** Union Libre
Dirección CALLE 59A # 74-26 **Teléfono** 7792709-3132822481
Municipio de Residencia BOGOTA D.C. LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR
E:mail **Empresa** NUEVA EPS S.A.
Ocupación u Oficio
Acudiente ANYELA GARCIA **Teléfono** 3196230533

Fecha de atención :19/jun./2018 Cita de Control

NEUROLOGIA DR MELO CONTROL

MD ASISTIDO LINA MARIA LANCHEROS PINEDA

Acompañante SOLA

Diagnóstico:
Espasmo hemifacial derecho.
Paresia de VII par perifero derecho

Enfermedad Actual

Paciente refiere persistencia de espasmo hemifacial derecho involuntario. Candidata a toxina botulinica, no pudo administrarse por problemas administrativos

Exámen Fisico:
Buenas condiciones generales
Neurológico: alerta, orientada en las 3 esferas, lenguaje claro, coherente, fluido, pares craneales espasmo hemifacial con paresia de VII par derecho, resto sin alteraciones, no irritación meningea, rot ++/++++ simétricos en las 4 extremidades, fuerza 5/5 en las 4 extremidades, respuesta plantar flexora. Sensibilidad conservada. Marcha normal, no signos de compromiso cerebeloso.

Electromiografia: Estudio anormal, sugiere la presencia de lesiones del ervio facial derecho con mayor compromiso frontal, signos de reinervacion el region inferior.

Electromiografia de hemicara derecha: neuropatia sin signos de denervacion

Plan de Estudio y Tratamiento:
Paciente con espasmo hemifacial clonico, secundario a paralisis facial perifierica, con estudios electrofisiologicos sin signos de denervacion. Se reformula toxina botulinica

Toxina Botulina POLVOS PARA RECONSTITUIR -Ampolla por 50 UI,para distribucion hemifacial derecha.- 1 AMPOLLA IM CADA 3 MESES.

CITA CONTROL POR NEUROLOGIA EN 3 MESES.


U ENERGÍA
S SER LEGAL?
enel
2118337-4

Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 345 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: Emula de Yeisson Jimenez
DIRECTOR/REPRESENTANTE: Sebastian E. Gaitan
DIRECCION: Cll 62B Sur # 72H-09
BARRIO: Rincon de la Estancia UPZ
LOCALIDAD: Ciudad Bolivar
TELÉFONO FIJO: CELULAR: 320 485 1363
E-MAIL: Sebastiangaitan1025@gmail.com

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☐ MÚSICA ☑ TEATRO ☐

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

- ☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
- ☐ Indígena
- ☒ Ninguna
- ☐ Raizal O Palenquero
- ☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Sebastian Gaitan	1024548451		3204851363

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

Sebastian G.
FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.024.548.451**

GAITAN GONZALEZ

APELLIDOS

SEBASTIAN FERNANDO

NOMBRES

Sebastian G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ENE-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-ENE-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01093146-M-1024548451-20190813 0067347072A 3 9909424299

compensar - EPS

Procedimiento

Nº Id Afiliado	Atendido En	Nº Autorización	Fecha y Hora Atención
1024548451	Calle 134 Nº 7 B 83	181846162639334	2018-07-04 10:35:23
Nº Id Paciente	**Tipo ID**	**Estrato**	**Programa**
1024548451	CC		PC

Nombre y Apellidos Completos	Sexo	Grupo Sanguíneo	RH	Fecha Nacimiento	Edad
SEBASTIAN GAITAN GONZALEZ	M	-	?	21/01/1994	24 Año(s) 5 Mes(es)

Dirección Residencia CL 62 B 74 D 09 SUR	**Teléfonos** 4582645	**Celular**
Ocupación OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS	**Acompañante**	**Teléfono del Acompañante**
Responsable	**Teléfono del Responsable**	**Parentesco del Responsable**
Etnia Mestizo	**¿Cuál?**	
Estado Civil	**¿Cuál?**	**Aseguradora**

Causa Externa	Finalidad Procedimiento	Ambito
13 Enfermedad General	-- No Aplica --	Ambulatorio

Descripción del Procedimiento
MOTIVO DE CONSULTA
VALORACION POR ORTESIS Y PROTESIS

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE DE 24 AÑOS CON ANTECEDENTE DE MIELOMENINGOCELE A NIVEL L4, CON PARAPARESIA , HIDROCEFALIA , ESCOLIOSIS Y PIE EQUINO VARO
ACTUALMENTE USO DE SILLA DE RUEDAS ACTIVA QUE TIENE 6 AÑOS DE USO, REFIERE QUE PRESENTA DOLOR EN REGION DORSOLUMBAR , REFIERE QUE USAN ESPALDAR DE SILLA ANTIGUA DADO INESTABILIDAD DEL ACTUAL, COJIN ANTIESCARAS ROTO, PRESENTA ADEMAS ULCERA POR PRESION EN REGION SACRA, FRENOS DAÑADOS, BUJES INESTABLES, TIJERAS DE RUEDAS DELANTERAS ROTOS
ADEMAS USO DE OTP HACE 8 AÑOS QUE LE ESTAN GENERANDO ZONAS DE PRESION EN DORSO DE PIE Y REGION MEDIAL DE TOBILLOS

VALORADO EN JUNTA DE FISIATRIA DE SOMERS
DONDE SOLICITAN SILLA DE RUEDAS SOBRE MEDIDAS LIVIANA, MARCO RIGIDO, CON ESPALDAR DE TENSION GRADUABLE, APOYABRAZOS Y APOYAPIES UNIPODAL REMOVIBLE , RUEDAS TRASERAS DESOMNTE RAPIDO DE 22 PULGADAS Y DELANTERAS DE 8 PULGADAS, CINTURON PELVICO
Plan Manejo
EXAMEN FISICO
ALERTA, ESTABLE , MUCOSA ORAL ROSADA Y HUMEDA CUELLO MOVIL
TORAX NORMOCONFIGURADO
OSTEOMUSCULAR: COLUMNA CON ESCOLIOSIS DORSAL IZQUIERDA Y COMPONENTE ROTACIONAL , EN MIEMBROS SUPERIORES MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADA, MIEMBROS INFERIOERS PRESENTA PARAPARESIA , PEQUEÑA ZONA DE PRESION SACRA, RMT +/++++ ROTULIANO Y AQUILIANO BILATERAL, FUERZA:4/5 EN FLEXOEXTENSORES DE CADERAS, 3+/5 EN RODILLAS , 0/5 EN DORSIPLANTIFLEXORES , CONTROL TRONCULAR ESTABLE, PRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO
Tejidos Enviados a Patología
No. Placa
Tipo de Tejido Enviado a Patología
Observaciones y Recomendaciones
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MIELOMENINGOCELE Y PARAPARESIA, ACTUALMENTE USUARIO DE SILLA DE RUEDAS ACTIVA, CON MALA ADAPTACION DADO DAÑO EN COJIN ANTIESCARAS, DAÑO EN ESPALDAR, DAÑO EN BUJES DE RUEDAS TRASERAS Y TIJERAS DE RUEDAS DELANTERAS , FRENOS DETERIORADOS Y NO FUNCIONALES, PRESENTA DOLOR DORSOLUMBAR POR ESCOLIOSIS IZQUIERDA CON COMPONENTE ROTACIONAL.
SE DETERMINA DADO NIVEL DE ACTIVIDAD Y FUNCIONALIDAD DEL PACIENTE, SE VERIA BENEFICIADO CON SILLA DE RUEDAS ACTIVA CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:
SILLA DE RUEDAS ACTIVA, CON CHASIS RIGIDO EN ALUMINIO,BASCULADO A 10 GRADOS, ESPALDAR ABATIBLE DE BASE FIRME CONTORNEADO CON SOPORTE SUBDORSAL TIPO YALE, GUARDAPOLVOS LIVIANOS, REPOSAPIES MONOPODAL CON REGULACION TIBIOTARSO, RUEDAS POSTERIORES DE 24 PULGADAS CON SISTEMA DE DESMONTE RAPIDO, AROS AUTOPROPULSORES EN MATERIAL ANTIDESLIZANTE, RUEDAS ANTERIORES DE 6 PULGADAS , CINTURON PELVICO , FRENOS ANTERIORES , MANILARES ABATIBLES

COJIN ANTIESCARAS INFLABLE DE PERFIL ALTO CON
Diagnósticos
G820 PARAPLEJIA FLACIDA
Medicamentos Formulados y/o Administrados
Laboratorio Clínico
Imagenología
Otros Exámenes y/o procedimientos
Remisiones
Incapacidades/Licencias
Conducta
Otros Parametros y Valores Relacionados
Firma del Profesional





Con Crédito Fácil CODENSA ¡Puedes!

Scotiabank COLPATRIA

Marca registrada de The Bank of Nova Scotia utilizada bajo licencia. Scotia en Colombia es una marca registrada. Aplican condiciones y restricciones en www.creditofacilcodensa.com

Contáctanos

OFICINA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DERECHOS DEL CLIENTE
7 115 115	115	5 894 894	

¿Cómo pagar tu factura?

Medios Electrónicos

APP Banca | Internet | Punto Pago Bancolombia | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | Botón de Pago Online | Móvil | Davivienda | Nequi

Corresponsales Bancarios | Red Financiera: Centros de Servicio | Código QR

Cervigal | RED CADE | enel | éxito | CINEMARK

* Puntos de pago donde se realizan recaudos especiales. ** Excepto Centro de Servicio Chapinero y Calle 80

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo

G:231.50 T: 13.62 D: 181.28 CV: 47.85 PR: 41.04 R: -0.06 CF: 0.00 / $503.38 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICION FACTURA: 20 FEB/2020

22617

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP
NIT: 830 037 248-6
Cr. 13A No. 93-66

earth pact
FACTURA ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1959431-1

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 032668374-6

CLIENTE

PRISCILA CASTIBLANCO .
CL 62 B SUR NO 74 D - 09
RINCON DE
BOGOTÁ, D.C.
GALICIA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERIODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
18 ENE/2020 A 17 FEB/2020	$535.38	86

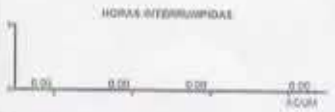
En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	8
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000 1 15 114 0057
RUTA LECTURA:	1000 1 15 114 0059
MANZANA DE LECTURA:	MS00242780
MEDIDOR NO:	1063459
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0 kWh



USO RESPONSABLE DE LA ENERGÍA

Revisa constantemente que las instalaciones eléctricas como cables y enchufes estén en buen estado para evitar contactos directos con la electricidad y posibles cortocircuitos.

22617

20.800 - Page 1 of 5

Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: Nuevo Amanecer
DIRECTOR/REPRESENTANTE: Yolanda Camacho
DIRECCION: Cra 15 Bis # 61 - 29 Sur.
BARRIO: _____ UPZ _____
LOCALIDAD: Ciudad Bolívar
TELÉFONO FIJO: 3209762523 CELULAR: 3233857508
E-MAIL: _____

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☑ MÚSICA ☐ TEATRO ☐

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

- ☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
- ☐ Indígena
- ☒ Ninguna
- ☐ Raizal O Palenquero
- ☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Jhon Edison Coronado	1024464923	Cra 15i Bis #61-29Sur	3233857508
Estiveson Castaneda	1015411668	Cra 14C#77-32Sur	3186622558
Dama Michelle Pena	1023327717	cll 63 #64 90Sur	3125370458
Erik Santiago Arevalo	1024514906	cll 73c Sur #48B09	3003201361
Leidy Vanesa Cañeque	1016200029	Cra A56 bis #69 Sur	3104102879
Yenny Katerine Castro	1014736636	Dg 67 Sur #19A24	3102266697

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

YOLANDA CAMACHO
FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Jhon Edison Coronado

Documento de identidad: 1024464923

Edad: 15

Diagnostico: Sindrome de Down. Cognitivo.

RH: O+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Yolanda Camacho

Cedula: 51946915

teléfono: 3209762523 - 3232857508

Correo electrónico:

Dirección de residencia: Cra 75 i BIS # 61-29 Sur

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a Jhon Edison Coronado para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por Yolanda Camacho.

Firma YOLANDA camacho

Nombre Yolanda Camacho

Cedula 51946915

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPS534

capitalsalud epss

JHON EDINSON CORONADO CAMACHO
TI 1024464923 Sexo: M FechaNac: 06/22/2004
Doc Cabeza Familia: TI 1024464923 Contrato No I CCOM
Fecha de afiliación: 06/22/2004 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc: N Nivel: I No ficha sisben: 3836857-1
BOGOTA BOGOTA Zona: U
Localidad 19 Dir.: KRA 75 BIS N 61 29 SUR
IPS Medica: HOSPITAL VISTA HERMOSA
IPS Odontologica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
Pagina WEB 0408T220162502 35003099 7650494

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO



REPUBLICA DE COLOMBIA
TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.024.464.923

APELLIDOS CORONADO CAMACHO

NOMBRES JHON EDINSON

22/JUN/2004 SEXO M
CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

O+ RH+

23/SEP/2011
BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

21/JUN/2022
FECHA DE VENCIMIENTO

29510842 PRIMERA VEZ

NIT. 899.321.151-0

Scanned with CamScanner

Apellidos:	CORONADO CAMACGO		
Nombre:	JHON EDINSON		
Número de Id:	TI - 1024464923		
Número-Ingreso:	767847 - 1		
Sexo:	MASCULINO	Edad:	11 Años
Ubicación:	Consulta Externa	Cama:	--
Servicio:	C.E. MEDICINA GENERAL		
Responsable:	CAPITACION - CAPRECOM		

07

EXAMEN FÍSICO POR REGIONES

EXT INFERIORES: Normal

SISTEMA COGNITIVO: Normal

SISTEMA MOTOR: Normal

SISTEMA SENSITIVO: Normal

PIEL/ FANERAS: Normal

ANÁLISIS DE RESULTADOS

SIN RESULTADOS NUEVOS

ANÁLISIS

PACEINTE ASISTE A CONTROL MEDICO CON ANTECEDENTE DE TRISOMIA 21 CON DEFICIT CONGNITIVO MODERADO-SEVERO, EN EL MOENTO ASINTOMATICO SIN ALTERACIONES AL EXAMN FISICO SE ENCUEBNTRA SANO SIN COMORBILIDADES.

PLAN

VER ANALISIS.

EVOLUCIÓN DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

NOMBRE DIAGNOSTICO	CODIGO DX	ESTADO INICIAL	CAUSA EXTERNA	FINALIDAD
SINDROME DE DOWN- NO ESPECIFICADO	Q909	Confirmado	ENFERMEDAD GENERAL	No Aplica

Firmado por: KAREN ROCIO LATORRE RODRIGUEZ, MEDICINA GENERAL, Reg: 1030596122

Dra. Karen Latorre Rodriguez
Medico General - SSO
C.C. 1030 596 122
R.M. 045/2015

Firmado Electrónicamente

Scanned with CamScanner

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Estiverson Castañeda Guerrero

Documento de identidad: 1015411668

Edad: 12 años

Diagnostico: Sindrome de Down. Congenito

RH: A+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Fernando castañeda.

Cedula: 93471037.

teléfono: 3124212532 - 3186622558

Correo electrónico:

Dirección de residencia: Kra 716 # 77 20 Sur

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a Estiverson. castañeda. G para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por Fernando. castañeda.

Firma

Nombre Fernando. castañeda.

Cedula 93471037.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.015.411.668**

CASTAÑEDA GUERRERO

APELLIDOS

ESTIVENSON

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

08-ABR-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

09-FEB-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+
G.S RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00671495-M-1015411668-20150220 0043087755A 1 1633288590

Scanned with CamScanner

PSQ S.A.S.
Carrera 40 No 24D -07 Tel. 4672085 - 4672083 Nit : 900536325-4
Historia Clinica P.Vez Medico Especialista Pediatria - NEUROLOGIA PEDIATRICA

Pagina : 2 Viene de 1 — Historia No : 1015411668 — CitiSalud
Lugar Atención: SEDE CORFERIAS — Fecha Impresión: 12/03/2018 16:22:18

Paciente : TI. 1015411668 ESTIVENSON CASTAÑEDA GUERRERO
Fecha Cita: 12 marzo 2018 16:30 — Fecha Atencion: 12 marzo 2018 16:06 — Fecha Salida: 12 marzo 2018 16:22

Esquema de vacunación: N/A
Escolaridad: N/A

EXAMEN FISICO:
NEUROLOGICO: ALERTA. DEFICIT EN FMS. HIPOTONO. RMT ++/++++



SIGNOS VITALES

FC: 80 x min FR: 20 x min	PESO: 40 Kg TEMP: 37 °C	TALLA 141 cm	IMC 20 12 Kg/m2	SUP 1 25 m2

PATRONES DE CRECIMIENTO (RESOLUCIÓN 2121 DE JUNIO DE 2010)

Talla - Edad: >= -1 — Talla - Peso: — Peso - Edad:
Perimetro Cefalico - Edad: N/A — IMC -Edad: > 1 a <= 2

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : F710 RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO
Diag. Rel 1 : Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO

Tipo Diagnostico : CONFIRMADO NUEVO
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta : NO APLICA

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

Num 1 931000 TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295) — Cant 32
Observaciones : X 4 MESES

Num 1 937000 TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD (198) (297) — Cant 32
Observaciones : X 4 MESES

Num 1 938300 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD (198) (296) — Cant 32
Observaciones : X 4 MESES

MANUEL LUNA, MD., ESP., M. SC.
NEUROLOGO PEDIATRA - U.M.N.G.
MIEMBRO DE LA ASCOFI
C.C. 73.153.402

ANALISIS Y PLAN DE TRATAMIENTO:
EL CUADRO CLINICO CORRESPONDE A UN RETRASO MENTAL MODERADO + SINDROME DE DOWN. DISCAPACIDAD COGNITIVA

Continua en Pag. 3
IMPRESO POR WALUI MANUEL ALEJANDRO LUNA LUNA

Scanned with CamScanner

PSQ S.A.S.
Carrera 40 No 24D -07 Tel. 4672085 - 4672083 Nit : 900536325-4
PSQ
Historia Clinica P.Vez Medico Especialista Pediatria - NEUROLOGIA PEDIATRICA
CitiSalud
Historia No : 1015411668

Pagina : 3 Viene de 2 Fecha Impresión: 12/03/2018 16:22:19
Lugar Atención: SEDE CORFERIAS

Paciente : TI. 1015411668 ESTIVENSON CASTAÑEDA GUERRERO
Fecha Cita: 12 marzo 2018 16:30 Fecha Atencion: 12 marzo 2018 16:06 Fecha Salida: 12 marzo 2018 16:22

MODERADA, CONDICIÓN CRÓNICA. AULA INCLUSIVA, EDUCACIÓN REGULAR. APOYO DE TF TO TL Y PSICOLOGIA. PRONOSTICO EDUCATIVO NO FAVORABLE. EXPLICO. CITA CONTROL EN 6 MESES. EVOLUCIÓN ACEPTABLE.

Observaciones Familiares: SE CERTIFICA QUE PRESENTA UNA DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA. CONDICIÓN CRÓNICA AULA INCLUSIVA. EDUCACIÓN REGULAR. APOYO DE TF TO TL Y PSICOLOGIA. PRONOSTICO EDUCATIVO NO FAVORABLE

PROFESIONAL

MANUEL ALEJANDRO LUNA LUNA
Tarjeta profesional : 1310399/2006
NEUROLOGIA PEDIATRICA

IMPRESO POR MALUI MANUEL ALEJANDRO LUNA LUNA

MANUEL LUNA, MD., ESP. U.I.S.S.
NEUROLOGO PEDIATRA - U.I.M.N.O.
MIEMBRO DE LA ASCOM
C.C. 73.163.402

Scanned with CamScanner

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Danna Michelle Peña Vargas

Documento de identidad: 1023377747.

Edad: 13 -

Diagnostico: Sindrome de Down. RH.

RH: o+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Nelba vargas Sanchez

Cedula: 35 493 418

teléfono: 312 537 0488

Correo electrónico: melbisdanna2006@gmail.com.

Dirección de residencia: Calle 63 # 64 90 S.

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a Danna Michelle Peña. para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por Nelba vargas.

Firma Nelba vargas Sánchez

Nombre Nelba Vargas

Cedula 35 493 418

1b

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.023.372.797
PEÑA VARGAS
APELLIDOS
DANNA MICHELLE
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-2006
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
20-JUL-2024
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
23-JUL-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-0648284 F-1023372797 20130903 0034851370A 1 7702457660

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Santa Clara

FECHA 10/sep/2018
PACIENTE Dana Michelle Rña Vargas
DOCUMENTO 1023372797

Diagnósticos:
Síndrome de Down
Retardo mental moderado
Etiología: Cromosomopatía
Cursa con discapacidad cognitiva moderada, permanente e irreversible

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Scanned with CamScanner

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Erick Santiago Arevalo

Documento de identidad: 1072151906

Edad: 11 años

Diagnostico: Cognitivo.

RH: O-

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Johanna Navarrete

Cedula: 1032412185

teléfono: 3003201361

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Cll 23 c Sur # 48B 09

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a Erick Santiago Arevalo para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por Johanna Marcela Navarrete.

Firma Johanna Marcela Navarrete

Nombre Johanna Marcela Navarrete

Cedula 1032412185

16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.024.514.906
AREVALO NAVARRETE
APELLIDOS

ERICK SANTIAGO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-FEB-2027 O- M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
17-JUN-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

POCS DERECHO



Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

USS:
26 - USS SAN BENITO

Fecha Actual : martes, 04 febrero
Nº Historia Clínica 1024514906
Fecha de Registro: 04/02/20 7:26
Nº Folio: 30

NIT: 900958564

Datos del Paciente:

Nº Historia Clínica: 1024514906 Folio Asociado: Identificación: 1024514906
Nombres y Apellidos: ERICK SANTIAGO AREVALO NAVARRETE Fecha de Nacimiento: 16/02/2009 12:00:00 a. m. Edad Actual: 10 Años \ 11 Meses \ 16 Días
Sexo: Masculino Estado Civil: Soltero Ocupación: Otras Ocupaciones
Dirección: KR 48 A 73C 19 SUR * Teléfono: 3124836134*3003201361 Procedencia:

Datos de Afiliación:

Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 Regimen: Regimen_Simplificado
Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S Plan: CAPITAL SALUD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRAESPECIALIZADA 2019

Datos del Acompañante:

Nombres: Teléfono:

HISTORIA DE PSIQUIATRIA

Datos del Ingreso:

Unidad de Atención: USS SAN BENITO Ingreso Por: Consulta_Externa Servicio: CONS PSIQUIATRIA - CAPS SAN BENITO
Nº de Ingreso: 6564644 Fecha de Ingreso: 04/02/2020 6:45:53 a. m.
Tipo de Historia: HC110 Causa Externa: Enfermedad_General Finalidad de la Consulta: No_Aplica

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción	Dx Principal
F708	RETRASO MENTAL LEVE. OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO	Ppal ☑

ACOMPAÑANTE: XX
OCUPACIÓN DEL PACIENTE: XX **TELÉFONO(S):** XX

MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE REMITIDO POR PEDIATRIA VIENE EN COMPAÑIA DE LA MADRE JOHANNA 300 320 13 61

ENFERMEDAD ACTUAL: REFIERE LA MADRE QUE EL PACIENTE TIENE UNA DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE TRAE PR NEUROPSICOLOGICAS DE UNAL. AUN NO SABE LEER Y ESCRIBIR, NO SABE SUMAR Y RESTAR. ESTA EN CENTRO CRECER DESDE MAYO DE 2019. EN EL MOMENTO SIGUE EN CRECER CON ALGUNAS QUEJAS DE INQUIETUD. ES MUY DISTRAIDO. OLVIDA LAS COSAS CON MUCHA FACILIDAD. ES OPOSICIONISTA, DESAFIANTE. OBEDECE SOLO CUANDO QUIERE LOGRAR ALGO. APETITO COME BIEN. SUEÑO "SE LEVANTA Y CAMINA DORMIDO"

ANTECEDENTES: NEGA

REVISION POR SISTEMA: ES PRODUCTO DE 1 EMBARAZO PREECLAMPSIA PARTO POR CESAREA A LAS 38 SS. NEUROD&SARROLLO DENTRO DE LIMITES NORMALES. ESC A LOS 4 AÑOS CON BUENA ADAPTACION Y SOCIALIZACION. PERO ANTES DE INGRESAR AL COLEGIO NOTARON LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE. DESDE MAYO EN CENTRO CRECER APROX. EN CASA VIVEN HERMANO DE 8 AÑOS. PADRASTRO: MAMA Y EL PACIENTE. CASA FAMILIAR CON TIA. 3 PRIMOS

EXAMEN MENTAL: ERICK PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS,A DECUADO ARREGLO Y CUIDADO PERSONAL. 3 DESEOS UN XBOX. UNA TABLET. MUÑECON DE GOKU. LE GUSTA SU COLEGIO. SOBRE TODO JUGAR CON SUS AMIGOS. A VECES PELEA CON SUS AMIGOS. LE PARECEN MAS FACILES LOS NUMEROS QUE LAS LETRAS. AFECTO MODULADO. NO HAY EVIDENCIA DE ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS NI OTROS HALLAZGOS DE IMPORTANCIA.

ANALISIS: PACIENTE CON DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE A MODERADA

PLAN DE MANEJO: SS INTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL DIA 8 SESIONES, SE INICIA LEVOMEPROMAZINA 5 GOTAS EN LA NOCHE. CONTROL EN 1 MES Y MEDIO. SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES

Profesional ABRAHAM RINCON YEZMIN ELIME
Registro Profesional 521 08952
Especialidad PSIQUIATRIA PEDIATRICA

"YEZMIN E. ABRAHAM R. Med. Psiquiatra - Lic. Nutricia Psiquiatría de Niños y Adolescentes C.C. 52.521.952 R.M. 34982/2009"

FIRMA Y SELLO

Nombre reporte : HCPSIQUIATRIA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

Scanned with CamScanner

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Leidy Vanessa Vanegas

Documento de identidad: 1076200029

Edad: 16 años

Diagnostico: Cognitiva

RH: O+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Martha Yaneth Castiblanco

Cedula: 52212189

teléfono: 3104102879 / 7315039

Correo electrónico: KR 45 B BIS # 69 sur 70

Dirección de residencia:

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a Leidy Vanesa Vanegas para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por Martha Yaneth Castiblanco.

Firma Martha Castiblanco

Nombre Martha Yaneth Castiblanco

Cedula 52212189

14

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUIP 1.076.200.029
VANEGAS CASTIBLANCO

APELLIDOS
LEIDY VANESSA

NOMBRES

Leidy Vanessa

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-2003
UBAQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
25-SEP-2027 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
14-NOV-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

Scanned with CamScanner

16

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD CIRCULAR EXTERNA 009/2017 Superintendencia Nacional de Salud	CÓDIGO:
		VERSIÓN : Prueba
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 2
		FECHA:

LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN :

Ciudad de Expedición	BOGOTÁ	Fecha	09 SEPTIEMBRE 2019

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos	VANEGAS CASTIBLANCO						
Nombres	LEIDY VANESSA						
Documento de identidad	Tipo	TARJETA DE IDENTIDAD		N°	1076200029		
Fecha de nacimiento	26/SEPTIEMBRE/2003				Edad	15 AÑOS	
Género	FEMENINA						
Escolaridad	Primaria		Secundaria		Analfabeta		ED ESPECIAL
Dirección	Calle 65 Sur # 71F-65				Teléfono	3104102879	

RELACIÓN DE DOCUMENTOS:

DOCUMENTO	SI	NO
Historia Clínica completa	X	
Epicrisis o resumen de historia clínica	X	
Exámenes paraclínicos	X	
Paraclínicos	X	
Ultimas Valoraciones por especialistas	X	

DIAGNÓSTICOS:

CÓDIGO CIE 10 F718	RETRASO MENTAL MODERADO:OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO

TIPO DE DISCAPACIDAD

FÍSICA	SI		NO	
MENTAL	SI	X	NO	
COGNITIVA	SI		NO	
VISUAL	SI		NO	
AUDITIVA	SI		NO	
MÚLTIPLE	SI		NO	

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD CIRCULAR EXTERNA 009/2017 Superintendencia Nacional de Salud	CÓDIGO:
		VERSIÓN : Prueba
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 2 DE 2
		FECHA:

ANÁLISIS DEL CASO:

Asiste en compañía con la madre Martha Yaheth Castiblanco, ubicada parcialmente en persona, tiempo y espacio. Discapacidad cognitiva moderada.

FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Héctor H. Gutiérrez G.
MEDICO ESPECIALISTA
MEDICINA DEL TRABAJO
U. Rosario Lice. S.D. 2938 II/2018

HÉCTOR HERNÁN GUTIÉRREZ GUETB	**MEDICINA LABORAL**	**LSO 2938 II/2018**
Nombre y firma	profesión	Tipo y número de documento
MARGARET CORONADO RIVEROS	**FISIOTERAPEUTA**	**1.016.026.414 Bogotá**
Nombre y firma	profesión	Tipo y número de documento
HELEN JOHANNA PARRA SALGADO	**PSICÓLOGA**	**C.C. 52960788 Bogotá**
Nombre y firma	profesión	Tipo y número de documento

Psicóloga
C.C. 52.960.788
T.P. 146102

RECIBIDO POR

Martha castiblanco

FECHA

Sep. 09 - 2019

Scanned with CamScanner

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Yency Katherine Castro

Documento de identidad: 1014736636

Edad: 15 años

Diagnostico: Multiple.

RH: A +

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Bertha Moreno Sierra

Cedula: 39667708

teléfono: 310 2760697.

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Dg 67 sur # 19 A 21 - sur

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a Yency Katherine Castro para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por Bertha Moreno Sierra.

Firma Bertha Moreno Sierra

Nombre Bertha Moreno Sierra

Cedula 39667708. Soacha.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.014.736.636
CASTRO MORENO
APELLIDOS
YENCY KATHERINE
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-MAR-2022 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. R.H. SEXO
30-AGO-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-01043689-F-1014736636-20181102 0063038857A 2 1165114965

Scanned with CamScanner

IDENTIFICACION

COLSUBSIDIO NIT 860007336-1

Nombre del Paciente	YENCY KATHERINE CASTRO MORENO	**Tipo de documento**	Tarjeta de Identidad	**Número de documento**	1014736638
Fecha de nacimiento	04/03/2004	**Edad atención**	15 años 11 meses	**Edad actual**	15 años 11 meses
Sexo	Femenino	**Estado civil**		**Ocupación**	
Dirección de domicilio	DG 150 19B 66	**Teléfono domicilio**	7165705	**Lugar de residencia**	BOGOTA
Acudiente		**Parentesco**		**Teléfono acudiente**	
Acompañante		**Teléfono acompañante**			
Asegurador	FAM SUBSIDIADO CAPITA	**Categoria**	A	**Tipo de vinculación**	RST: Reg Sub.Total
Episodio	4041809	**Lugar de atención**	CM CALLE 26	**Cama**	
Fecha de la atención	12/02/2020	**Hora de atención**	13:07:22		

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Estado de Ingreso:	Vivo
Causa externa:	Enfermedad general
Finalidad de la consulta:	No Aplica
Motivo de consulta:	" REVISION "

Enfermedad actual:
EDAD 15 AÑOS ASISTE MADRE BERTHA MORENO CELULAR 3123099789 DEFICIT COGNITIVO NO SE ENCUNTRA ESCOLARIZADA REFIERE MADRE PACIENTE ANTECEDENTE DEFICIT COGNITIVO NO SE ENCUNTRA ESCOLARIZADA LA VA INGRESAR A FUNDACION PARA ESCOLARIZARLA , LE INDICARON DEBE TENER VALORACION POR OPTOMETRIA USA GAFAS DESDE LOS 9 MESES POR MIOPIA

Antecedentes Personales

Antecedentes

Hábitos

Antecedentes

Fecha:06/02/2020	Hora:13:19
Patológicos	EPILEPSIA- DESVIACION OJO IZQUIERDO
Quirúrgicos	NIEGA
Farmacológicos y conciliación m	OSCARBAMACEPINA SUSPENSION-LEVIRACETAM
Alérgicos	NIEGA
Otros	NIEGA - GOPOAOCOVO
Transfusionales	NIEGA
Familiares	HTA- CARDIACOS- CA SENO- CA UTERO-
Inmunológicos	NIEGA
Traumáticos	NIEGA
Responsable:	CARVAJAL MARLOVY
Documento de identidad	63394218

Fecha:12/02/2020	Hora:13:11
Patológicos	EPILEPSIA- DESVIACION OJO IZQUIERDO
Quirúrgicos	NIEGA
Farmacológicos y conciliación m	OSCARBAMACEPINA , LEVETIRACETAM
Alérgicos	NIEGA
Traumáticos	NIEGA
Transfusionales	NIEGA
Familiares	NIEGA

Scanned with CamScanner

Famisanar

Famisanar

CEM CONSULTORIA SAS
CENTRO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO

CERTIFICACION EXPEDIDA PARA EFECTOS DE CUMPLIMIENTO DE LA LEY 361 DE 1997 Y ADQUISICION DE DERECHOS A BENEFICIOS POR PARTE DE LOS DISCAPACITADOS

1. INFORMACION GENERAL

CERTIFICADO No. 1014736636	CASO No.
CIUDAD: BOGOTA	FECHA: 16 01 2020
MEDICO EVALUADOR DE LA HC: CARLOS E MORENO	
E MAIL floans4@hotmail.com DIRECC Diag 65 B 19 B 65 Sur	

2. DATOS PERSONALES DEL EVALUADO

NOMBRES	YENCY KATHERINE						
APELLIDOS	CASTRO MORENO						
	C.C.	T.I.	X	C.E.		R.C.	No. 1014736636
FEC. NACIM.	04 03 2004				EDAD:		12 AÑOS

3. DIAGNOSTICO(S) SOPORTE DE LA CALIFICACION

1. F719 RETRASO MENTAL MODERADO
2. G409 EPILEPSIA
3.
4.

TIPO DISCAPACIDAD	
Física	
Cognitiva/Intelectual	
Sensorial	
Multiple	X

PORCENTAJE DE PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL	52.12 %

LIMITA MOVILIDAD: SI__X_ NO_

GRADO DE DISCAPACIDAD:	MODERADA 15 – 25 %	SEVERA 25 – 49.9 %	PROFUNDA 50% Y MAS	X

MEDICO EVALUADOR

NOMBRE: Carlos E. Moreno R.
REGISTRO MD: 13478
LIC. S.O: 1986 SSB

NOTA: INVALIDEZ 50 % Y MAS; INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL ENTRE 5% Y 49.9%

ESTA CERTIFICACIÓN NO TIENE VENCIMIENTO

Scanned with CamScanner

IDENTIFICACION

Nombre del paciente	YENCY KATHERINE CASTRO MORENO	Tipo de documento	Tarjeta de Identidad	Numero de documento	1014736636

Ojos:	ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS, SNELLEN CON GAFAS OD: 20/70 OI: 20/50 , SE LEDIFICULTA DE GRAN MANERA DE NTIFICAR COSAS DE CERCA NO TIENGO TABLAS PARA VALORACION
Otorrinolaringologia:	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL
Boca:	MUCOSA HUMEDA OROFARINGE NORMAL
Cuello:	MOVIL, PALPACION TIROIDES SIN ALTERACIONES
Torax:	SIN AGREGADOS PULMONARES
Cardio respiratorio:	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS CARDIACOS
Abdomen:	DEPRESIBLE NO DOLOROSO
Genitourinario:	NO SE EXPLORA , PUNO PERCUSION NEGATIVA
Osteomuscular:	SIMETRICOS, PULSOS PRESENTES, NO EDEMAS
Sist. Nervioso central:	SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO
Examen mental:	ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA
Piel y faneras:	NO LESIONES NO SIGNOS DE INFECCION
Otros hallazgos:	NA

Responsable: CARDENAS, MARILETH

Documento de Identidad: 1014246183

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Diagnósticos

Codigo Diagnostico	Descripcion Diagnostico	Clase Diagnostico	Diagnostico Principal	Confirmacion	Tipo de Diagnóstico	Responsable
H547	DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL SIN ES	Diag. Principal	SI	Confirmado Nuevo	Diag. Trasm,Diag Admision	CARDENAS, MARILETH

Evolucion

Fecha: 12/02/2020 **Hora:** 13:18

Tipo de Evolución: Manejo Ambulatorio

Uso de Oxigeno: NO

Descripción:

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, MIOPIA MARCADA Y ASTIGMATISMO MARCADO SE INDICA VALORACION OFTALMOLOGIA DADO DETECTO VISUAL CRONICO MARCADO SE DAN SIGNOS DE ALARMA

Responsable: CARDENAS, MARILETH

Documento de Identidad: 1014246183

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Órdenes Clínicas Ambulatorias

Fecha:12/02/2020 Hora:13:17

Codigo	Descripcion de la prestacion	Responsable	Especialidad	Prioridad	Unidad organizativa de solicitud	Estatus	Fecha del estatus	Motivo del estatus
890202-242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGIA	CARDENAS, MARILETH	MEDICINA GENERAL	No Prioritaria	04UTMEGE	Sol N cont		

Justificación: MIOPIA MARGADA

Impreso por: Juan Carlos Herrera Martinez
Fecha y Hora de Impresión: 12/02/2020 13:19:51
Pagina 3 de 3

Scanned with CamScanner

IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente	YENCY KATHERINE CASTRO MORENO	Tipo de documento	Tarjeta de identidad	Número de documento	1014730036

Inmunológicos: NIEGA
Otros: NO TOMA ALCOHOL NO FUMA
Responsable: CARDENAS MARIELIN
Documento de Identidad: 1014246183

Antecedentes Obstétricos

Generales

Fecha	Hora	Cesáreas	Gemelos	FUR	Menarquia (años)	Menopausia (años)	Citología menos a un año	Edad inicio de relaciones sexuales	Planifica
12/02/2020	13:11			11/02/202	17				Implanon, Natalmmas

Responsable: CARDENAS, MARIELIN
Documento de Identidad: 1014246183

Revisión por Sistemas

Endocrinológico:	NIEGA SÍNTOMAS
Organos de los sentidos:	NIEGA SÍNTOMAS
Cardiopulmonar:	NIEGA SÍNTOMAS
Gastrointestinal:	NIEGA SÍNTOMAS
Genitourinario:	NIEGA SÍNTOMAS
Osteomuscular:	NIEGA SÍNTOMAS
Neurológico:	NIEGA SÍNTOMAS
Piel y Faneras:	NIEGA SÍNTOMAS
Otros:	NIEGA

Examen Físico

Estado general:	Bueno
Estado de conciencia:	Alerta
Estado de hidratación:	Hidratado
Estado respiratorio:	Sin signos de dificultad respiratoria

Signos Vitales

Fecha: 12/02/2020 Hora: 13:16

Indice de masa corporal	19.92188	kg/m2
Presión arterial media	70	mmHg
Peso	51	KG
Frecuencia respiratoria	19	Hmin
Frecuencia cardiaca	80	LTD
Presión arterial diastólica	60	mmHg
Presión arterial sistólica	90	mmHg
Talla	160	cm
Superficie corporal	1.49645	m2

Hallazgos

Cabeza: NORMOCÉFALO

Scanned with CamScanner

HISTORIA CLINICA
EVENTO NO. 33
FECHA: 2020/01/08 14:38

PACIENTE: T.IDENTIDAD 1014736636 - YENSI KATHERINE CASTRO MORENO
FECHA DE NACIMIENTO: 2004/03/04 **EDAD:** 15 AÑO(S) **SEXO:** FEMENINO **CONVENIO:** EPS FAMISANAR SUBSIDIADO

ALERTAS MEDICAS

NO REGISTRA

ALERGIAS

NO REGISTRA

MOTIVO DE CONSULTA

CONSULTA CONTROL NEUROPEDIATRIA
NATURAL Y PROCEDENTE: BOGOTA
INFORMANTE: BERTA MORENO, 48 AÑOS, MADRE, OCUPACIÓN: HOGAR
YENSY 15 AÑOS - ESCOLARIDAD VA A INICIAR ESTE AÑO EDUCACION ESPECIAL

PACIENTE FEMENINA, DE 15 AÑOS, IDx:
- EPILEPSIA FOCAL
- DEFICIT COGNITIVO MODERADO
* FACTORES DE RIESGO: DM GESTACIONAL Y PRECLAMPISA

TRATAMIENTO: PESO 51.4 KG
- TEGRETOL CARBAMAZEPINA TAB X 400 MG, 1 TAB CADA 8 HORAS
- LEVETIRACETAM (KEPPRA) TAB X 500 MG, 2 TAB CADA 12 HORAS

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

ENFERMEDAD ACTUAL

EN CONSULTA PREVIA DE POLANIA REALIZO FORMATO RE EVENTOS ADVERSOS , SOLO LE DIERON UNA ENTREGA DEL TEGRETOL A PESAR DE ESTO, ESTA PRESENTANDO CRISIS SEMANALES DE 1 A 2 , ELLA TODO LO MANEJA COMO QUE UNO LA ASUSTO EMPIZA A TORCER LOS OJITOS Y LA B OQUITA Y LOS BRACITOS Y LAS PIERNAS COMO CUANDO ELLA ESTA DURMIENDO ESTA DESCANSANDO Y ELLA LE INTERRUMPE EL SUEÑO, TRAE REPORTE
* 10/01/2019- VIDEOTELEMETRIA DE 12 HORAS DE VIGILIA Y SUEÑO ANORMAL POR ASIMETRIA EN ACTIVIDAD DE FONTO ONDA LENTAS AN GULARES DE PREDOMINIO EN REGIONES ANTERIORES Y MEDIAS DEL LADO IZQUIERDO INVERSIO NE FASE EN F3 Y F7 OCASIONALMENTE EXTENSION A C3

ANTECEDENTES

PERSONALES Y SOCIALES
(2013/05/16 13:38:47):FRUTO DE STA GESTACION DE PADRES NO CONSANGUINEOS. CPN DESDE EL PRIMERES DM GESTACIONAL Y PRECLAMPISA. PARTO VAGINAL A A TERMINO, MECONIO. NO HAYA DATOS D E DIFICULTAD REPSIRATORIA ADAPTACIN ESPONTANEO. PESO: 36 00 G TALLA: 49 CM.
(2014/12/05 14:52:07):M,ADRE (BERTA MORENO) DE 43 AÑOS, AMA DE CASA; PADRE (ARGEMIRO CASTRO), EMPLEADO. VIVE CON MADRE, MEDIO HERMANAS DE 22 Y 19 AÑOS Y SOBRINAS DE 5 Y 6 AÑOS.RELACION FRATERNA:"BUENA". RELACION CON PADRE:"MUY POCO L O VE". NO FUMADORES EN CASA, HAY MASCOTA.
(2014/12/12 11:22:43): FRUTO DE STA GESTACION DE PADRES NO CONSANGUINEOS. CPN DESDE EL PRIMERES DM GESTACIONAL Y PRECLAMPISA. PARTO VAGINAL A A TERMINO, MECONIO. NO HAYA DATOS D E DIFICULTAD REPSIRATORIA ADAPTACIN ESPONTANEO. PESO: 3600 G TALLA: 49 CM.
(2014/12/05 14:52:07):M,ADRE (BERTA MORENO) DE 43 AÑOS, AMA DE CASA; PADRE (ARGEMIRO CASTRO), FRUTO DE 7MA GESTACION DE PADRES NO CONSANGUINEOS.MADRE G7P5A2V5 CPN DESDE EL PRIMERES DM GESTACIONAL Y PRECLAMPISA. PARTO VAGINAL A A TERMINO, MECONIO. NO HAY DATOS D E DIFICULTAD REPSIRATORIA ADAPTACIN ESPONTANEO. PESO: 3600 G TALLA: 49 CM.

PATOLOGICOS
(2013/05/16 13:38:47):BRONQUIOLITIS A LOS 6 MESES
(2014/06/21 11:50:26):EPILEPSIA FOCAL SINTOMATICA
(2014/12/05 14:52:07):IDEM
(2014/12/12 11:22:43): EPILEPSIA. SOLO 1 HOSPITALIZCION POR STATUS CONVULSIVO.

ENFERMEDADES CON FACTOR HEREDITARIO
(2013/05/16 13:38:47):PRIMOS EN TERCER GRADO CON EPILEPSIA.

Fecha y hora de impresión: 2020/01/08 02:55:03 PM

Scanned with CamScanner

EVOLUCIONES-ORDENES MEDICAS

EVOLUCION No. 1

Fecha : 2020/01/08 14:47
Prestador : PARDO CARDOZO NATHALIA ANDREA/ - Reg Médico : 1018410375. - NEUROPEDIATRIA

PERSISTEN MARCADAS DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS , INCLUSO RECIBIENDO TEGRETOL PREVIAMENTE NO SE HA CONTROLADO CON EL , SE INTENTARA BITERAPIA CON OXCARBAZEPINA EN SUSPENSION (BUSCANDO TRILEPTAL) Y KEPPRA

Medicamentos :
* LEVETIRACETAM TAB X 500MG ... PARA DAR DOS TABLETAS VIA ORAL CADA 12 HORAS ,FORMULA PARA TRES MESES EPILEPSIA REFRACTARIA NO REQUIERE MIPRES
* OXCARBAZEPINA SUSP 6%(300MG/5ML) FCO X 150ML ,2?. TOMAR 10 CC VIA ORAL CADA 8 HORAS, FORMULA PARA TRES MESES . EPILEPSIAREFRACTARIA. NO REQUIERE MIPRES

EVOLUCION No. 2

Fecha : 2020/01/08 14:51
Prestador : PARDO CARDOZO NATHALIA ANDREA/ - Reg Médico : 1018410375. - NEUROPEDIATRIA

SE REMITE A GINECOLOGIA POR ... UTERINA ANORMAL

REGISTRO DE ENFERMERIA

NO REGISTRA

INDICACIONES

2020/01/08 PARDO CARDOZO NATHALIA ANDREA/ NEUROPEDIATRIA
SE ORDENA

* CONSULTA DE GINECOLOGIA

DIAGNOSTICOS
EPILEPSIA
COMPROMISO COGNITIVO
HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL ... ESTUDIO NEUROQUISTICO???

MEDICO TRATANTE

PARDO CARDOZO NATHALIA ANDREA/ REG MED 1018410375

Scanned with CamScanner

(2013/05/21 11:50:26):YA REFERIDOS
(2013/12/27 07:48:40): HERMANA CON POSIBLE RM
(2014/12/05 14:52:07):TIA MATERNA EN PRIMER GRADO CON POSIBLE RM?
(2014/12/12 11:22:43): TIA MATERNA EN PRIMER GRADO CON POSIBLE RM, HERMANA DE 19 AÑOS CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE.

FARMACOLOGICOS

(2013/05/16 13:38:47):CARBAMAZEPINA
(2013/05/21 11:50:26):CARBAMAZEPINA 400 CADA 12 HORAS
(2014/12/05 14:52:07):IDEM
(2014/12/12 11:22:43): CBZ Y LEVETIRACETAM

TRANSFUSIONALES

(2013/05/21 11:50:26): NO REFIERE
(2014/12/05 14:52:07):IDEM
(2014/12/12 11:22:43): NEG

ALERGICOS

(2013/05/16 13:38:47):NIEGA
(2014/12/05 14:52:07):IDEM

HABITOS

(2013/05/16 13:38:47): SC: 6M ROLADOS: SEDESTACION 12M MARCHA 8 MES. BISILABOS: 2 AÑOS. FRASES SIMPLES: 4 AÑOS. CONTROL DE ESFINTERES:4 AÑOS. EN COLEGIO COFRATERNIDAD CON INTEGRACION.
(2014/12/05 14:52:07):ACTIVIDADES DE CUIDADO BASICO QUE REQUIEREN DE SUPERVISIÓN.
(2014/12/12 11:22:43): C. 6M ROLADOS: SEDESTACION 12M MARCHA 8 MES. BISILABOS: 2 AÑOS. FRASES SIMPLES: 4 AÑOS. CONTROL DE ESFINTERES:4 AÑOS. EN COLEGIO COFRATERNIDAD CON INTEGRACION

QUIRURGICOS Y TRAUMATICOS

(2013/05/16 13:38:47):NEIGA
(2013/05/21 11:50:26):NO REFIERE
(2014/12/05 14:52:07):IDEM
(2014/12/12 11:22:43): NEG

OTROS

(2013/05/21 11:50:26): VACUNAS COMPLETAS, CURSANDO SEGUNDO DE PRIMARIA CON RETRAZO EN EL APRENDIZAJE
(2014/12/05 14:52:07):ESCOLARIDAD:INICIÓ A LOS 6 AÑOS, BUENA ADAPTACIÓN. CURSA SEGUNDO DE PRIMARIA. SITUACIONES ESCOLARES:"ES MUY CALLADA, A VECES NO COMPARTE, TIENE CAMBIOS:A VECES ESTA CON LOS NIÑOS Y AVECES SOLA. NIEGA HETEROAGRESIVIDAD. DOS EPISODIOS DE AUTOAGRESIVIDAD.
(2015/01/05 10:41:14):
NO REGISTRA

EXAMEN FISICO GENERAL

Estado General : BUENO

Estado Hidratación : HIDRATADO

Glasgow : NORMAL - GLASGOW 15/15

Estado Respiratorio : SIN SDR

Tanner : SIN INFORMACION

Estado de Conciencia : ALERTA

Peso : 49

Talla : 156

Superficie Corporal : 1.46

IMC : 20.13

Observaciones: PC 57 CMS ENDOFORIA IZQUIERDA OFTALMOSCOPIA NORMAL NO OFTALMOPLEGIA, EUTONO FM 5/5 RMT ++/++++ NO ALTERACION EN LA MARCHA

DIAGNOSTICOS

2020/01/08 - (G402) EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS - Confirmado Repetido
2020/01/08 - (F710) RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO - Confirmado Repetido

REGISTRA HISTORIA CLINICA DE INGRESO: PARDO CARDOZO NATHALIA ANDREA/ - Reg Médico : 1018410375. - NEUROPEDIATRIA

ORDENES DE CONSULTA

* Control NEUROPEDIATRIA
Solicitud: PARDO CARDOZO NATHALIA ANDREA/ 2020/01/08 14:51:03

Scanned with CamScanner

Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: Danza Sin Fronteras
DIRECTOR/REPRESENTANTE: Clemencia Tavamillo
DIRECCION: Cra 17 C bis #69a 36 Sur
BARRIO: _____ UPZ _____
LOCALIDAD: Ciudad Bolívar
TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: 3123836382
E-MAIL: _____

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☒ MÚSICA ☐ TEATRO ☐

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

- ☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
- ☐ Indígena
- ☒ Ninguna
- ☐ Raizal O Palenquero
- ☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Marlon Orlando Campos	1081397776	Cra 17C Bis #69A-38S	3123836382
Karen Avila	1000462941	Cra 28 # 71 P-62 Sur	3003,21277
Julio Cesar Ochoa	1063484092	Cra 18 K#61-09 Sur	3192841723
Jenny Katherine Hernandez	1027625777	Manzana 71 Lt 3	3008256815
Brayan Estiven Correa	1027521868	cll 75 Bis SM #25-24	3004468474
Yissel Guzman	1001276008	Cra 20 C #64 Sur 69	3213588896

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

clemencia tavamillo
FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Marlon Orlando campos

Documento de identidad: TI 1081397716

Edad: 14 años

Diagnostico: Discapacidad Cognitiva

RH: O+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Clemencia Jaramillo

Cedula: 36383317

teléfono: 3123836382

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Carrera 17cBis #69g-38 sur

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ____ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma Clemencia Jaramillo

Nombre Clemencia Jaramillo

Cedula 36383377

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.081.397.716**

CAMPOS JARAMILLO

APELLIDOS

MARLON ORLANDO

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-2005**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

20-SEP-2023 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

19-OCT-2012 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P: 1904962 0042 1236 M: 1081397716 20130115 0032113915A 1 7092077734



FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1977

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-JUN-1997 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1904900-00182205-F-0036383317-20091001 0016715399A 3 30057222

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.383.317
JARAMILLO ORDOÑEZ
APELLIDOS
CLEMENCIA
NOMBRES

Clemencia Jaramillo O

FIRMA



INFORME PSICOLÓGICO

HOMI
Fundación Hospital de la Misericordia

DATOS PESONALES

Nombre y apellidos: Marlon Orlando Campos Jaramillo	ID: 1.081.397.716
Fecha de nacimiento: 20 de Septiembre del 2005	Edad cronológica: 11 años 9 meses y 2 dias
Fecha de aplicación: 22 de Marzo de 2017	Fecha de entrega: de 2017

MOTIVO DE CONSULTA

Padre refiere: " LO PUSE A ESTUDIAR Y AHI ME PIDIERON QUE LE HICERA UNA VALORACION PARA DETERMINAR CAPACIDAD INTELECTUAL"

OBSERVACION CONDUCTUAL

Durante proceso de aplicación se observó a Marlon un poco distante, introvertido y con falta de atención, sin embargo sostiene contacto visual y acepta instrucciones, presenta dificultad en la evocación y construccion de lenguaje, algunas oraciones no son compresibles por lo que se dificulto la aplicación de las sub-escalas verbales, se evidencia dificultad a nivel de comprensión de análisis así como para dar solución a problemas visomotoras en donde son escasas las estrategias de solución, la retención de información momentánea es poca , a pesar de que se esfuerza por culminar actividades dentro del tiempo establecido ,este tiempo de ejecución es demorado, se evidencia inseguridad y busqueda de aprobacion en cada tarea realizada ya que requiere de esta para ejecutar acciones, así mismo dificultades en la compresion verbal, ya que una orden se debe dar en repetidas ocasiones para ser entendida.

Se evidencia buena presentación aseo, su vestimenta está bien acomodada y limpia como también un buen semblante.

PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS:

a. *WISC-IV* Escala de Inteligencia de Wechsler para niños –IV: Escala internacional para medir la capacidad intelectual de niños y adolescentes de edades de 6 a 16 años
b. Test de BENDER

TEST DE BENDER

En la prueba **BENDER,** la cual mide percepción viso-motora, obtuvo 8 errores en la elaboración de las figuras, lo que permite puntuar una edad maduracional de 6 años a 6 años y 5 meses. El paciente presenta dificultades a nivel de orientacion espacial y en el procesos de lecto escritua y difcultades de motricidad fina. Se evidencia una posicion inadecuada en la ejecucion de tareas escolares y un agarre de pinza inadecuado, lo cual puede generar agotamiendo fisico y abandono de actividades. Se eveidencia sintomas de asiedad y timidez durante la aplicación

4. *Velocidad de procesamiento (IVP).*

El valor obtenido en la velocidad de procesamiento fue de **57**, el cual se encuentra en el extremo inferior de la media poblacional de la edad cronológica del paciente, representa la capacidad de copiar elementos visuales para realizar tareas simples, mediante procedimientos explícitos, así como elemento clave en el aprendizaje y rendimiento académico, en desarrollo intelectual, razonamiento y la experiencia. Durante la aplicación se pudó evidenciar la dificultad en Marlon para rastrear, secuenciar o discriminar de manera rápida y correcta la información visual simple y realizar con fluidez las tareas fáciles o ya aprendidas. Tener una velocidad de procesamiento inferior a la media poblacional no representa menor inteligencia, sino que determinadas tareas se ejecutaran de manera más lenta, tales como leer, hacer cálculos matemáticos, escuchar, tomar apuntes y/o mantener conversaciones.

RESUMEN

La información relacionada anteriormente evidencia que los 4 índices evaluados presentan puntos débiles bajos para la edad cronológica del paciente: **Razonamiento perceptivo (68)** en donde se identificó en el paciente dificultad para el análisis, síntesis y organización viso-espacial, a tiempo controlado, el uso de estrategias en ejecución de actividades de procesamiento espacial e integración visomotoras, así como el establecimiento de categorías ; **Memoria de trabajo (54)** este índice demuestra que los procesos atencionales no son los más adecuados en el examinado pues se identifican dificultades en la concentración,retención de información secuenciación, panificación, alerta y flexibilidad cognitiva ; **Comprensión verbal (56)** en donde se evidencia dificultad a nivel de comprensión de análisis, es necesario establecer que el menor comprenda indicaciones sencillas, sin embargo se evidencia dificultad en la comprensión lógica, razonamiento y juicio social frente a la solución de problemas cotidianos. . Finalmente el índice **Velocidad de procesamiento (60)** se observa dificultad para realizar con fluidez tareas sencillas, así coimo dificualtades en la rapidez asociativa, aprendizaje, percepción visual, coordinación viso-manual, atención y motivación.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

En relación con las observaciones anteriores, se considera que Leidy tiene un rendimiento cognitivo por debajo para de la media poblacional del grupo de niños de su edad [CIT: **52**]. Este puntaje está acorde con un ***Déficit Cognitivo Moderado***

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.000.462.941**

ARDILA

APELLIDOS

KAREN TATIANA

NOMBRES

KAREN ARDILA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-2003**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

15-MAY-2021
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-DIC-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500100-00660618-F-1000462941-20180116 0089149320G 1 1004761955

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.789.718

ARDILA

APELLIDOS

DIANA JASDIDE

NOMBRES

Diana Ardila

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1979

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

08-NOV-1998 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00532292-F-0052789718-20131210 0035137886A 3 1342577769

	ASOCIACIÓN CREEMOS EN TI		
	ÁREA - PROFESIONALES		
	INFORME DE INTERPRETACIÓN TÉCNICA DE LA ESCALA WECHSLER DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS WISC-IV		
Cod. ACET-PROF-004	Versión: 01	Fecha de Creación: 29/09/2011	Página 1 a 1

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: KAREN TATIANA ARDILA		**Sexo:** FEMENINO
Fecha de nacimiento: 15 DE MAYO DE 2003		**Edad:** 13 AÑOS 0 MESES
Escolaridad: TERCERO DE PRIMARIA	**Ocupación:** ESTUDIANTE	
Fecha de evaluación: 10 DE JUNIO DE 2016 13 DE JULIO DE 2016		**Número de sesiones:** 02

2. **MOTIVO DE CONSULTA:** Solicitud realizada por la psicóloga Marcela Santamaria como complemento a la evaluación realizada en la Asociación Creemos en Ti, por sospecha de déficit cognitivo.

   La Escala Wechsler de Inteligencia para niños y adolescentes (WISC - IV), se puede utilizar con este objetivo ya que permite identificar el nivel de inteligencia de cualquier niño o niña en edad escolar y primaria, además se debe tener en cuenta que su interpretación debe ser cuidadosa y que arroja una descripción significativa de la adolescente, de sus procesos mentales y de su capacidad potencial. A partir de esta prueba se puede establecer un plan educativo adecuado y un tratamiento acorde a las necesidades de la adolescente.

3. **COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA:** Karen Tatiana es una adolescente de contextura normal; su apariencia personal es adecuada; su comportamiento fue cooperativo y amistoso durante la sesión. Todo el tiempo intento estar atenta a las diferentes instrucciones y se esforzó por seguirlas aunque se le dificultó y su ejecución fue lenta; su contacto visual es pobre, su expresión corporal es acorde a su expresión verbal, es un adolescente que en ocasiones tiene algunas dificultades en sus actividades básicas cotidianas. Además, se le debe repetir las instrucciones para que pueda realizarlas. Se desplaza de un lugar a otro sin ayuda.

4. **PROCESO DE EVALUACIÓN:** El proceso de evaluación del coeficiente intelectual de Karen Tatiana se llevó a cabo con la Escala Wechsler de Inteligencia para niños y niñas (WISC-IV), evaluación solicitada por la Psicóloga Marcela Santamaria. Esta es una escala que está diseñada y organizada como una prueba de inteligencia general; además, se ha consagrado como un instrumento de diagnostico de gran utilidad; su uso se ha incrementado en los últimos años, en las áreas de evaluación, clínica y educativa. El WISC-R cubre un rango de edad desde los 6 años 0 meses hasta los 16 años y 11 meses de edad.

Este manual nos brinda una clasificación del Retraso Mental de acuerdo a la capacidad intelectual definida por coeficiente intelectual (CI), obtenida mediante la aplicación de pruebas de inteligencia como la anteriormente aplicada y analizada.

De esta manera se puede concluir según este manual que Karen Tatiana de acuerdo a la gravedad de su retraso mental con su resultado **Total de 47** se puede ubicar en la categoría **F70.9 Retraso Mental Moderado** que va desde CI entre 35-40y 50-55.

El perfil de Karen Tatiana en sus habilidades y capacidades muestran un déficit significativo que interfiere en su desarrollo y le impiden responder o cumplir con las expectativas del medio.

6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS:

Recomiendo establecer comunicación con el colegio de Karen Tatiana para poner de manifiesto el caso y diseñar un programa de educación con necesidades educativas especiales acorde a la adolescente.

El DSM-IV menciona que:

"La mayoría de los individuos con este nivel de retraso mental adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden interferir las relaciones con otros muchachos o muchachas. Alcanzada la etapa adulta, en su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión".

Para mejorar ejecución se recomienda realizar las siguientes actividades:

- Usar rompecabezas, bloques, tareas viso-espaciales y preceptúales
- Armar y desarmar objetos.
- Apoyar la realización de trabajos artísticos, con formas geométricas.
- Centrarse en relaciones de la parte con el todo y su interpretación.
- Alentar actividades de ensayo y error.
- Reforzar persistencia.
- Realizar actividades de trazado.

Para mejorar sus habilidades verbales se recomienda:

- Realizar ejercicios de reconocimiento de diferencias e igualdad en formas y textura referidos a la cotidianidad.
- Ejercicios que desarrollen la capacidad de abstracción en el lenguaje, la clasificación y las generalizaciones.
- Desarrollar habilidades de concentración.
- Entrenar en habilidades básicas.
- Desarrollar problemas interesantes y reales para solucionarlos.

JIMENA ALEJANDRA JIMÉNEZ LA ROTTA
Psicóloga de la Universidad de San Buenaventura
Reg. Tarjeta profesional 150331

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Julio Cesar ochoa Lima

Documento de identidad: TI 1063484092

Edad: 14 años

Diagnostico: Retraso mental no especificado, Hemiplejia espastica

RH: O+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Jose Luis Hernandez

Cedula: 1033681648

teléfono: 3192124723

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Carrera 18K # 61 # Sur 07.

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ____ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma _____

Nombre Jose Luis Hernandez H.

Cedula 1033681648

DEL ESTADO CIVIL

INDICE DERECHO





REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.003.484.092

LIMA

TO CESAR

SEXO

CHIMICHAGUA

0 + RH

/2032

CHIMICHAGUA, CESAR

31205527

/10/2023

PRIMERA VEZ

CLINICOS

FÓRMULA PROCEDIMIENTO N°. 986637 **Fecha:** 14-ago.-2018

CLÍNICOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL S.A.S. **Historia N°:** 1063484092

Nit: 900496641 4 **N°. Ingreso:** 1151993

Paciente: JULIO CESAR OCHOA LIMA **Documento:** TI 1063484092 **Edad:** 13 Años

Sexo: Masculino **Estado Civil:** Soltero **Dirección:** LUCERO BAJO **Teléfono:** 00000

Lugar Residencia: BOGOTA D.C - BOGOTA D.C **Servicio:** Consulta Externa (Calle 98)

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A - SURA CIS NEUROLOGIA CONT. TIPO AFILIADO: BENEFICIARIO

Diagnóstico: RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO (F799) - Principal
HEMIPLEJIA ESPASTICA (G811)

	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD	
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOCÍA PEDIÁTRICA (CÓDIGO: 890375). Anotaciones: CON REPORTES .	1	UN
2	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA (CÓDIGO: 890385). Anotaciones: DISCAPACIDAD INTEELCTUAL	1	UN
3	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL (CÓDIGO: 890223). Anotaciones: evaluar frenillo lingual	1	UN

Indicaciones del Medico Tratante

Jorge Luis Ramón G.
Neurólogo Pediatra
RM. 2027/2004

Profesional: JORGE LUIS RAMON GOMEZ

Especialidad: Neurologia Pediatrica - **Reg. Médico:** 79893819

Sede Calle 98

Dirección: KR 15 # 98 - 29/37 Bogota Teléfono: 5712460885

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.681.648**

HERNANDEZ HERNANDEZ

APELLIDOS

JOSE LUIS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-SEP-1986**

LIBANO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-OCT-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00172025-M-1033681648-20090824 0015293845A 1 1400022241

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Jeimy Katherine Hernandez Galeano

Documento de identidad: TI 1027525777

Edad: 14 años

Diagnostico: Discapacidad Cognitiva.

RH: A-

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Diana Marcela Galeano

Cedula: 28115969

teléfono: 3008256815

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Manzana 11 Lote 3

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ____ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma Diana Marcela Galeano.

Nombre Diana Marcela

Cedula 28115969


REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
FIRMA DEL
REGISTRADOR MUNICIPAL
INDICE DERECHO


REPUBLICA DE COLOMBIA
TARJETA DE IDENTIDAD No.
1027525777
APELLIDOS HERNANDEZ CAICEDO
NOMBRES JEIMY KATHERINE
17/FEB/2006
Bogotá - Cundinamarca
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
SEXO F
GS RH
A -
03/NOV/2016
Chipatá-Santander
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
17/FEB/2020
FECHA DE VENCIMIENTO

FECHA DE NACIMIENTO 05-AGO-1983

CHIPATA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.38 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

16-AGO-2001 CHIPATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00742383-F-0028115969-20150928 0046096396A 2 1643516328

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.115.969
GALEANO GALEANO

APELLIDOS
DIANA MARCELA

NOMBRES

FIRMA



Sur E.S.E.

Fecha de Registro: 06/04/2019 01:34:23 p.m.

NIT: 900958564

USS: VB - USS VISTA HERMOSA
KR 18 C 66 A 55 SUR

Fecha Actual : sábado, 06 abril 2019

SOLICITUD DE EXÁMENES

CONSULTA MEDICINA GENERAL

Nº Historia Clínica: 1027525777 **Nº Folio:** 27 **Folio Asociado:** 12 **Nº DE ORDEN:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: YEIMY KATHERINE HERNANDEZ GALEANO
Fecha Nacimiento: 17/febrero/2006 **Edad Actual:** 13 Años \ 1 Meses \ 17 Dias
Dirección: BOGOTA
Procedencia: BOGOTA

Identificacion: 1027525777 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3008256815
Ocupación: Otras Oupaciones

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S
Plan Beneficios: CAPITAL SALUD CONSULTORIO BASICO 2017

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Dirección Resp:
Finalidad Consulta: No_Aplica

Teléfono Resp:
Nº Ingreso: 5017455 **Fecha:** 06/04/2019 01:18:04 p
Causa Externa: Enfermedad_General

IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnóstico: F710 RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	X00SS	FONDO DE DESARROLLO LOCA EUSME	
CODIGO	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**ESTADO**	**OBSERVACION**	
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	Rutinario	PACIENTE CON RTRAZO COGNIT DEL DESARROLLO 5S CONTROL	

Total Ítems: 1

Médico Cirujano
M. Nal. K.M. 84383
C.C. 41793226

Profesional 41793226 - GUZMAN AREVALO CELY PIEDAD

Registro Profesional 41793226

Especialidad MEDICINA GENERAL UTRUS

FIRMA Y SELLO

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Brayan Estiven Correa Buitrago

Documento de identidad: 1027521868.

Edad: 15 años

Diagnostico: Discapacidad Cognitiva.

RH: O+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: María Lucia

Cedula: 51 669357

teléfono: 3004468497

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Cll 95 31b Sur 25-24

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI Cì NO ____ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma María Lucía

Nombre María Lucia

Cedula 51 669357

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



INDICE DERECHO

REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No.

1.027.521.868

APELLIDOS CORREA RUITRAGO

NOMBRES BRAYAN ESTIBEN

SEXO M

31/JUL/2004

CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

GS O RH +

15/SEP/2011

BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30/JUL/2022

FECHA DE VENCIMIENTO

29527767

PRIMERA V

RESERVA NUIP 830 331 151 0

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Fecha de Registro: viernes, 20 de enero de 2017
Fecha Actual : viernes, 20 enero 2017

NIT: 900958564

USS: VB - USS VISTA HERMOSA
KR 18 C 66 A 55 SUR

INDICACIÓN MEDICA

CONSULTA MEDICINA GENERAL

Nº Historia Clinica: 1027521868 **Nº Folio:** 4 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: BRAYAN ESTIBEN CORREA BUITRAGO **Identificacion:** 1027521868 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 31/julio/2004 **Edad Actual:** 12 Años \ 5 Meses \ 20 Dias **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CLL 74C BIS SUR 25 24 **Teléfono:** 7650333
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: UNICAJAS - ARS-COMFACUNDI **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: UNICAJAS EPS SUBSIDIADA CAPITACION I SEP2016 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable: **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 802305 **Fecha:** 20/01/2017 10:32:05 a.m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa

Detalle:

CERTIFICACION MEDICA

PACIENTE EN MENCION , CON SINDROME DE DOWN Y RETARDO MENTAL NO CLASIFICADO
SE EXPIDE DOCUMENTO A SOLICITUD DE LA MADRE DEL MENOR.-

Henry Polanco M.
Medico General y Cirujano
RM. 983/89 - CC 12.116.301 (2)

Polanco.



FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-1960
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
31-MAR-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500109-47131972-F-0051669351-20050922 00998051710 02 176870943



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51.669.351
NUMERO
QUIÑONES RODRIGUEZ
APELLIDOS
MARIA LUCILA
NOMBRES
FIRMA

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Yissel Thalia Guzman Carvajal.

Documento de identidad: 1001276008

Edad: 16 años

Diagnostico: Discapacidad Cognitiva

RH: B+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Deysy Carvajal

Cedula: _____

teléfono: 3213585866

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Carrera 20C # 64 Sur 64

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma DEYCY CARVAJAL

Nombre Deycy Carvajal.

Cedula 52456274


REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO


REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.001.276.008

APELLIDOS GUZMAN CARVAJAL

NOMBRES YISSEL THALIA

07/JUL/2003

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. SEXO F

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

23/AGO/2010

BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA

GS B RH +

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

06/JUL/2021

FECHA DE VENCIMIENTO

28944608 PRIMERA VEZ

ASSENDA NIT. 890.321.151-0

Paciente: YISSEL THALIA GUZMAN CARVAJAL
Identificación: TI 1001276008

compensar | salud
2019-01-02

CERTIFICACIÓN

"El profesional suscrito certifica que el paciente en mención presenta diagnóstico de: DEFICIT COGNITIVO MODERADO
Este diganóstico cursa con discapacidad de tipo: COGNITIVA

La presente certificación se expide a solicitud del interesado o su acompañante."

Cordialmente,

Johanna Carolina León
Medico General
C.C. 52.

LEON RUIZ JOHANNA CAROLINA,MEDICINA GENERAL

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Avenida 68 No. 49 A - 47 PBX:4285088-FAX:4285088 www.compensar.com.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52456274
NUMERO
CARVAJAL
APELLIDOS
DEYCY
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1978
VERSALLES
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
13-MAR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: Grupo Mestaje Nueva Era
DIRECTOR/REPRESENTANTE: Paola Andrea Olivos
DIRECCION: Cra 17 P # 69 D Sur - 14
BARRIO: _____ UPZ _____
LOCALIDAD: Ciudad Bolivar.
TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: 3057417934
E-MAIL: _____

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☒ MÚSICA ☐ TEATRO ☐

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

- ☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
- ☐ Indígena
- ☒ Ninguna
- ☐ Raizal O Palenquero
- ☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Angie Tatiana Velez	T.I 1000622165	Cra 17 P #69 D Sur 14	3057417934
Jonathan Alexander Torres	T.I 1000455923	Cll 75 # 18 d 62 / este	7901390
Luisa Avila	1028782595	Cra 28 # 71 P Sur-62	3008121277
Kevin Sebastian Ibañez	TH000593902	Cll 73A Sur #1 C B 52	3132879778
Sara Yorley Useche Parra	TI 1029283753	Cll 83 Sur # 18 B 24	3003187154
Selcio Ernesto Infante	TI 1014661267	Cra 18F #69D 37 Sur	2480506

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

Paola A Olivos R
FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Angie tatiana Velez Olveros

Documento de identidad: 1000622165

Edad: 17 años

Diagnostico: Discapacidad Cognitiva.

RH: A+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Paola Andrea Olveros

Cedula: 53048962

teléfono: 3057417934

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Carrera 17P # 69D Sur-14

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ____ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma Paola A Olveros R

Nombre Paola A Olveros R

Cedula 53.048962

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.000.622.165
VELEZ OLIVEROS
APELLIDOS
ANGIE TATIANA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
06-ABR-2020
FECHA DE VENCIMIENTO
01-NOV-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ F
G.S. RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

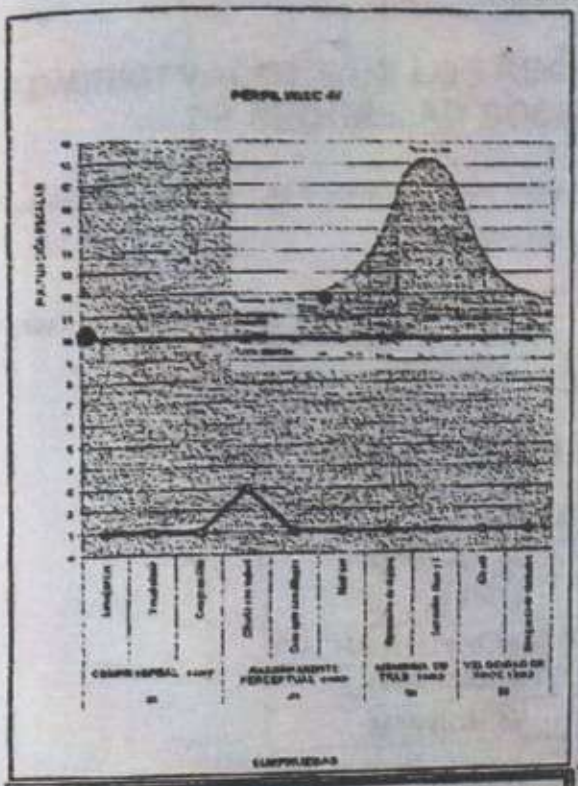


A-1500150-00[illegible] I-1000622166-20161126 0052320[illegible] 1 [illegible]

Calle Nuevo Teléfono 4 85 87 54

Bogotá 25 de abril de 2017

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
VALORACION PSICOMETRICA **CON DESTINO A:** Sistema educativo.



Según el DSM IV-TR esta puntuación se tomaría como un indicador de nivel de retraso mental moderado. Pero debe evaluarse el funcionamiento de adaptación en otras áreas y cumplir los otros criterios del manual requeridos para diagnostico a nivel clínico.

Nombre: **Angie Tatiana Vélez Oliveros.**
Servicio Remitente: Educación.
Colegio/Institución: IED Estrella del Sur.
Acompañante: Madre.
Edad: 05 años-02 meses 00 días ***Grado: Primeras letras***

Prueba: *Escala Wechsler de Inteligencia para niños IV.* (Instrumento clínico de aplicación individual para la evaluación de la capacidad cognoscitiva de niños desde los seis años cero meses a los diecisiete años once meses. Apoya la valoración diagnostica, educativa y clínica).

CI Obtenido: 40

Teniendo presente la solicitud realizada por el@ acudiente del@ niñ@, y la institución educativa adonde asiste, previo consentimiento, se procedió a la aplicación de la prueba *Escala de Inteligencia Wechsler para niños IV*. Obteniendo:

CI= 40 con rango percentil de 1 dentro de un rango de 60-70 con un intervalo de confianza del 95% (en índice compuesto). Según la conversión del puntaje CI, se ubica al@ niñ@ en *relación con niñ@s de una edad comparable en clasificación de: Extremadamente bajo.* Criterio de apoyo Diagnostico para el sistema educativo, hace referencia a procesos cognoscitivos implicados en aprendizaje.

No se encontró discrepancia significativa entre los puntajes de: índice de comprensión verbal, razonamiento perceptual, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento en comparación con la población muestra.

El puntaje más bajo en índice compuesto se encontró en las cuatro escalas referimos las dos representativas: ***Comprensión verbal con un CI de 45 (Extremadamente bajo)***: el cual refleja la formación de conceptos verbales, razonamiento verbal, y conocimiento adquirido del propio ambiente en un nivel muy bajo. ***Razonamiento perceptual con un CI de 49 (Extremadamente bajo)***: este muestra su capacidad de procesamiento espacial, integración visomotora y razonamiento perceptual y fluido en un nivel extremadamente bajo.

Anotaciones: por los bajos puntajes en las subpruebas mencionadas y reflejadas en el grafico, se evidencia dificultad en comprensión, dificultades para abstraer conceptos y poco baguje lexical; dificulta la explicación y reflexión sobre dilemas y toma de decisiones, *alteración para mantener cambiar o seleccionar el foco atencional:* en la praxis la síntesis viso construccional se encuentra baja, asociándose con un **déficit cognoscitivo moderado para el aprendizaje**, vinculado primordialmente con la comprensión verbal, en comparación con la población muestra. Al momento de la prueba se evidencia dificultad en la pronunciación de algunas fonemas.

Funciones objeto de intervención inicial: (apoyo para terapia) las anteriores relacionadas, y según la puntuación escalar promedio se observa la *mayor debilidad* en las subpruebas de: *Semejanzas* (Mide razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales y no esenciales, y expresión verbal). *Retención de Dígitos*, (implica aprendizaje, memoria mecánica, atención, codificación, procesamiento auditivo, formación de imágenes viso espaciales y flexibilidad cognitiva).

Recomendación[1]:
Para el@ niñ@: valorar por otorrinolaringología, neurología, apoyo extracurricular, o intervención terapéutica integral (T lenguaje, psicología, T ocupacional) en lo posible dislexia y comitalidad con seguimiento constante, mínimo tres años. (Estimar el CI anualmente para verificar evolución).
Para cuidadores: tomar apoyo terapéutico, y establecer pautas claras de crianza, expresión de afecto y acompañamiento constante. Revisar modelos parentales.
Para el@ Educador@: tomar en cuenta los parámetros terapéuticos y hacer seguimiento al@ niñ@ y cuidadores sobre recomendaciones para ellos, y según disponibilidad de tiempo brindar apoyo sobre las funciones objeto de intervención inicial (sombreado), complementado con las indicaciones para aula de los terapeutas.
Cordialmente,

Gonzalo Montañez Angarita. (TP: No PS082897)
Departamento de Psicología.

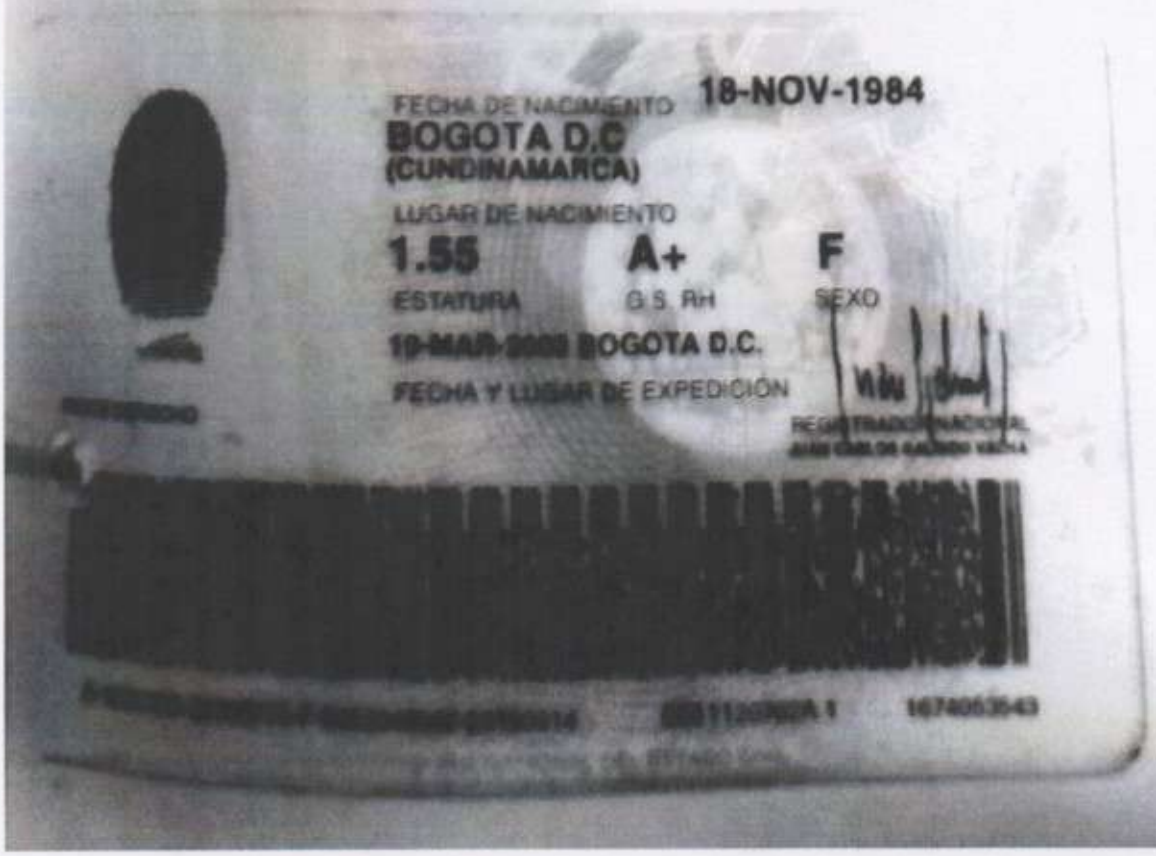
Yeni C Toro
Directora.

[1] Psicología clínica basada en el manual de la APA y su complemento clínico para Diagnóstico Psicológico Infantil de autoría de los mismos. Para ser diligenciado en adjuntos por médicos y no exime del diagnóstico.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 53.048.962
OLIVEROS RODRIGUEZ
APELLIDOS
PAOLA ANDREA
NOMBRES

Paola A. Oliveros R.


FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1984
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-MAR-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Jhondan Alexander Torres Alba

Documento de identidad: TI 1000455923

Edad: 17 años

Diagnostico: Discapacidad Cognitiva

RH: O+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Marta Torres

Cedula: 52362 273

teléfono: 7901390

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Cll 75 # 78 d 62 F - este.

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma Marta Torres

Nombre Marta Torres

Cedula 52 362 273

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.000.455.923

TORRES ALBA

APELLIDOS

JHONATAN ALEXANDER

NOMBRES

Jhonatan Torres

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-2002

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

29-JUN-2020 O+ M

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

29-JUN-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.362.273

TORRES ALBA

APELLIDOS

MARTHA LUCIA

NOMBRES

Martha Lucia Torres Alba

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1975

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

07-FEB-[illegible] BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]

A-1500150-00178863-F-0052362273-20090917 0016173779A 1 1540105680

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.362.273

TORRES ALBA

APELLIDOS

MARTHA LUCIA

NOMBRES

Martha Lucia Torres Alba

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1975

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

07-FEB-[illegible] BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]

A-1500150-00178863-F-0052362273-20090917 0016173779A 1 1540105680

22

CLINICA DE NUESTRA SEñORA DE LA PAZ

NIT 860015905-6
Calle 13 No. 68F - 25
Telefonos 2921277

NOMBRE:	TORRES ALBA JHONATAN ALEXANDER	**MEDICO TRATANTE:**	Lucia Cristina Quiroga Jimenez
IDENTIFICACION:	1000455923	**ENTIDAD:**	COMPENSAR E.P.S.
TIPO DE IDENTIFICACION:	Tarjeta de identidad	**REGIMEN:**	Contributivo
FECHA DE NACIMIENTO:	2002-06-29 (13)	**TIPO DE USUARIO:**	Beneficiario
DIRECCION:	CLL 75 N 18D-62	**NIVEL DE USUARIO:**	NIVEL I
FECHA DE INGRESO:	2016-04-13 07:44:37		
FECHA DE EGRESO:	2016-04-13 07:44:37		
FECHA DE REGISTRO:	2016-04-13 08:06:41		

NO POS

SOLICITUD INDIVIDUAL DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD

Solicitud: Ambulatoria

Fecha de solicitud: 2016-04-13

Diagnostico

Dx principal **F710** RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO **Impresión diagnóstica**

Causa Externa: Enfermedad general **Finalidad Consulta:** No aplica

Medicamento No Incluido En El Plan De Beneficios En Salud Solicitado

Nombre genérico, Concentracion y Forma farmaceutica: Risperidona Tab 1 mg

Dosis y frecuencia: 1 tab diaria **Cantidad total:** 90 **Numero días de tratamiento:**

Efecto terapéutico deseado.: Control de hiperactividad e impulsividad

Tiempo de respuesta esperado: Ya obtenido

Efectos secundarios y posibles riesgos del tratamiento: Somnolencia, efectos metabólicos

Justificación De La Solicitud

Justificación: Ha tenido una respuesta favorable con uso de este medicamento. Se modifica presentación dado que ha presentado intolerancia al sabor, generando disminución de adherencia.

Medicamento Incluido En El Plan De Beneficios En Salud Que Se Reemplaza O Sustituye

Nombre genérico, Concentracion y Forma farmaceutica.: Carbamazepina

Dosis y frecuencia.: 6 cc cada 8 hrs **Cantidad total.:** 1 **Numero días de tratamiento.:**

Razones Para La No Utilización De Alternativas Incluidas En El Plan De Beneficios En Salud

El paciente presentó reacción adversa/intolerancia al tratamiento incluido en el plan de beneficios en salud: ☐

La respuesta al tratamiento incluido en el plan de benfecios en salud no fue satisfactoria: ☑

Otra contraindicación expresa para uso del tratamiento incluido en el plan de benficios en salud: ☐

☐

Criterios Que Justifican La Presente Solicitud

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Luisa Ardila

Documento de identidad: 1028782595

Edad: 14 años

Diagnostico: Discapacidad Cognitiva

RH: A+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Diana Ardila

Cedula: 52 789 718

teléfono: 3003121277

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Carrera 28 # 71 P Sur - 62

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma Diana Ardila

Nombre Diana Ardila

Cedula 52 789 718

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.028.782.595
ARDILA

APELLIDOS
LUISA FERNANDA

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-2005
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
14-SEP-2023 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
19-JUN-2019 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.789.718
ARDILA
APELLIDOS
DIANA JASDIDE
NOMBRES



Diana Ardila
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1979
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-NOV-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00822292-F-0052798719-20121210 0036197288A 3 1342577768

FUNDACION LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA
MIEMBRO DE LA I.L.A.E. - I.B.E. - L.C.E.
Calle 36 No 17-48 Tels. 2456717 - 2600788 Fax 2627440
Santafé de Bogotá, D.E. Colombia
Personería Jurídica No. 4855-60 - Apartado Aéreo No. 056717

Historia : 0122334
Paciente: ARDILA LUISA FERNANDA
Fecha Nac Miercoles 14 de Septiembre de 2005
Dirección Cra 29 Sur No. 72 B 43
Entidad Af. COLEGIO JOSE MARIA VARGAS VILA IED
Nombre Acudiente JAIRO LOZANO - DIANA ARDILA
Telefono 3164106624 Telefono

Documento de Identidad : TI-1028782595
Estado Civil Sexo F
Edad 9 A, 7 M, 23 D
Telefono 3164106624 Departamento 11 Municipio 019
Tipo Vinculación Ocupacion ESTUDIANTE
Dirección Cra 29 Sur No. 72 B 43 Depto 11 Municipio 19
Nombre Acompañante JAIRO LOZANO - DIANA ARDILA

APOYO TERAPEUTICO

FECHA Jueves 16 de Abril de 2015 12:23 PM
AUTORIZACION ENTIDAD:
MOTIVO DE LA CONSULTA VALORACIÓN DE COEFICIENTE INTELECTUAL

TIPO DE EXAMEN PSICOLOGIA

PSICOLOGIA

NOMBRE PROFESIONAL CHAVES VELA CECILIA
-REGISTRO PROFESIONAL 4350
FECHA DE EVALUACION 10 de abril de 2015
ESCOLARIDAD Primero de primaria
LATERALIDAD Izquierda
REMITIDO POR Colegio José María Vargas Vila I.E.D.
PRUEBA APLICADA Test de Goodenough
Test Guestáltico Visomotor de Bender
RESULTADOS EVALUACION De acuerdo a los resultados obtrenidos en las pruebas aplicadas presenta retraso mental moderado que compromete en forma importante los procesos visoperceptuales, los procesos verbales y los procesos de atención concen tración y memoria, condición que no le permite responder a un programa escolar regular.
Edad mental 4 (48 meses)
Edad cron ológica 9, 6 (114 meses)
C.I. 42 (Retraso mental moderado)
Se recomienda ubicarla en un programa de educación especial con asistencia en terapia del lenguaje, terapia ocupacional, terapia física.

DIAGNOSTICOS

F710 RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO

FINALIDAD
CAUSA EXTERNA

Cecilia Chaves V.

Firma de Profesional: CHAVES VELA CECILIA
Registro profesional No.4350 CEDULA : 41354468

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: KEVIN SEBASTIAN IBAÑEZ JIMENEZ

Documento de identidad: 1.000 593 902.

Edad: 17 AÑOS

Diagnostico: DISCAPACIDAD COGNITIVA

RH: O+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: LUZ ELENA IBAÑEZ JIMENEZ

Cedula: 51989613

teléfono: 3132579798

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Cll 93A Sur 18 B 52.

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma Luz Elena Ibañez.

Nombre LUZ ELENA IBAÑEZ

Cedula 51989613

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.041.530
PEÑA GARRO

APELLIDOS
PAOLA

NOMBRES
PAOLA PEÑA GARRO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1985
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

19-NOV-2003 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00555789-F-0053041530-20140318 0037694798A 1 1102781841

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.029.283.753
USECHE PEÑA

APELLIDOS
SARA YORLEY

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
06-ABR-2027 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
29-JUN-2016 BOGOTA D.C
REGISTRADOR NACIONAL



P-1502150-80845398-F 1029283753 A 1 00508 110SRA C 11035960

Sur E.S.E

NIT 900958564

38 - USS SAN BENITO

Fecha Actual : viernes, 30 agosto 2019
N° Historia Clinica 1029383753
Fecha de Registro: 30/08/19 12:15 p. m.
N° Folio: 55
Cama:

Datos del Paciente:
N° Historia Clinica: 1029383753
Nombres y Apellidos: SARA YORLEY USECHE PEÑA
Sexo: Femenino
Direccion: CALLE 82 18 B 25
Folio Asociado:
Fecha de Nacimiento: 06/04/2009 12:00:00 a. m.
Identificacion: 1029383753
Edad Actual: 10 Años \ 4 Meses \ 24 Dias
Estado Civil: Soltera
Teléfono: 3203769511
Ocupación: Otras Ocupaciones
Procedencia:

Datos de Afiliación:
Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1
Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S S A S
Regimen: Regimen_Simplificado
Plan: CAPITAL SALUD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRAESPECIALIZADA 2019

Datos del Acompañante:
Nombres:
Teléfono:

CONSULTA EXTERNA PEDIATRICA

Datos del Ingreso:
Unidad de Atencion: USS SAN BENITO
Ingreso Por: Consulta_Externa
Servicio: CONS PEDIATRIA - USS SAN BENITO
N° de Ingreso: 5833976
Tipo de Historia: HC090
Fecha de ingreso: 30/08/2019 11:25:39 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General Finalidad de la Consulta: No_Aplica

ACOMPAÑANTE: MAMA
OCUPACION: NO
TELEFONOS: [illegible]
MOTIVO DE CONSULTA: CONTOL CON IDX SD DOWN DAP SIN RAD T COGNITIVO 2RDA SD DOWN HIPERTROFIA DE AMIGDALAS HADENOIDES + ARRITMIA CARDIACA + BAJA TALLA NO LE TOMO NINGUN EXAMEN NO RECUERDO LAS ORDENES O SE LE DIERON EN ANT CONTROL REFIERE MAMA
ENFERMEDAD ACTUAL: ASINTOMATICA

ANTECEDENTES

TRAUMATOLOGICOS:
ALERGICOS: NO
FARMACOLOGICOS: NO
QUIRURGICOS: NO
TRAUMATICOS: NO
MEDICOS: UBN X RNPT 32 SEM P- * T° PARTO NORMAL PAT SD DOWN HX ALNCTO BOT HX
FAMILIARES: NO
MEDICAMENTOS:
INMUNOLOGICOS:
PSIQUIATRICOS:
GINECOBSTETRICO: M - NO S:
PSICOLOGICOS:
OTROS:

OBSERVACION REVISION POR SISTEMA:
RONCA INTERMITENTE RESTO NEGATIVOS DSM - NORMAL LENG - T PRONUNCIACION CURVA ZDO BAJO RENDIMIENTO ACADEMICO NO SABE LEER NO IDENTIFICA VOCALES IDENTIFICA ALGUNOS COLORES VAC - BIEN DILTA COMPLETA
ESTADO GENERAL: BUENO

EXAMEN FISICO

TA: / 0,0000 MEDIA: FC: 80 FR: 20 TEMPERATURA: 36 PESO: 30 TALLA: 123 IMC:
EVA:
CABEZA: NORMAL
OJOS: NORMAL
OIDOS: NORMAL
NARIZ: NORMAL
BOCA: ANORMAL HIPERTROFIA DE AMIGDALAS RESTO NORMAL
DENTADURA: NORMAL
CUELLO: NORMAL
TORAX: NORMAL NO SDR
CARDIOBASCULAR: ANORMAL RSCS CON EXTRSISTOLES SOPLO SISTOLICO G II/VI TODOS LOS FOCOS
PULMONAR: NORMAL RSRS = NORMALES
SEXOS: NORMAL

Profesional: ORTEGON CARDENAS CAROLINA ALEXANDRA
Registro Profesional: 52263049
Especialidad: PEDIATRIA

FIRMA Y SELLO

Usuario: 52263049
Nombre reporte: HCRPHistoriaBasica
GENERADO A [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Sara Yoriey Ujeche Peña

Documento de identidad: 1029283753

Edad: 10 años

Diagnostico: Discapacidad Cognitiva.

RH: O+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Paola Peña Garro

Cedula: 53041530

teléfono: 3003789511

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Cll 83 Sur # 18 R 24.

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma Paola Peña Garro.

Nombre Paola Peña Garro

Cedula 53041530

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO





REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.000.593.902

APELLIDOS IBAÑEZ JIMENEZ

NOMBRES KEVIN SEBASTIAN

15/MAR/2002 SEXO M

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO GS O RH +

28/ENE/2010

BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

14/MAR/2020

FECHA DE VENCIMIENTO

25855110

PRIMERA VEZ

IMPRESO EN COLOMBIA - IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA NIT 899.013.711-0 0843 (06-2008)


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.989.813
IBAÑEZ JIMENEZ
APELLIDOS
LUZ ELENA
NOMBRES
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
31-OCT-1988 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00404898-F-0051989813-20121012
0031404791A 1
1102089113

HISTORIA CLINICA
EVENTO NO. 8
FECHA: 2014/08/11 11:56

PACIENTE: T IDENTIDAD 1000593902 - KEVIN SEBASTIAN IBAÑEZ JIMENEZ
FECHA DE NACIMIENTO: 2002/03/15 **EDAD:** 12 AÑO(S) **SEXO:** MASCULINO **CONVENIO:** CAPITAL SALUD EPS-S S A S

ALERTAS MEDICAS

NO REGISTRA

ALERGIAS

NO REGISTRA

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

ENFERMEDAD ACTUAL

DIAGNOSTICO
SINDROME DE DOWN CARIOTIPO 47 XY 21

TRAE EXAMENES DE CONTROL:
TSH 6.53
T4L 1.43

REFIERE PREVIOS HACE MAS DE UN AÑO.
POTENCIALES AUDITIVOS NORMALES UMBRAL A 35 DB BILATERAL.

POLISOMNOGRAFIA CON INDICE DE APNEAS HIPOPNEAS DE 123 /HORA, SATURACION MEDIA DE 79% NOCHE DE 70% EN CELIA DE 85 CONCLUYE PE
NUMERO DE EPISODIOS: CENTRALES 162, HIPOPNEAS 342
NO HA SIDO VALORADO POR OTORRINO.

RADIOGRAFIA CERVICAL NORMAL.

ANTECEDENTES

PERSONALES Y SOCIALES
(2010/12/01 12:40:04):KEVIN (8 AÑOS, PROMOVIDO A GRADO PRIMERO EN EL GIMNASIO REAL DE COLOMBIA). VIVE CON MAMA [illegible] ELENA 42 AÑOS, T
HERM [illegible] D (JEISSON GARCÍA, 17 AÑOS, HERMANO, CURSA NOVENO), HIJA (GISSELLE, 19 AÑOS, HERMANA, ESTUDIANTE UNIVERSITARIA RAFAEL NUÑEZ
AÑO. [illegible] ERDO). EL PADRE (ALEX) NO RESPONDE POR ÉL.
(2012/02/23 12:24:54): AHORA TIENE UN NUEVO HERMANO (ANDERSON STIVE FERNANDEZ IBAÑES, 1 AÑO). LAS RELACIONES EN CASA SE REPORTAN CO
[illegible] DAS, SU ESTADO EMOCIONAL SUALE SE R ADECUADO.

PATOLOGICOS
(2010/12/01 12:40:04):-SÍNDROME DE DOWN LEVE??
(2012/02/23 12:24:54): SINDROME DE DOWN
(2014/07/14 16:43:18):SINDROME DE DOWN, NEUMONIA:

[illegible] CON FACTOR HEREDITARIO
(2012/02/23 12:24:54): ABUELOS PATERNOS DIABETES, ABUELA MATERNA DIABETES.

[illegible]
[illegible]):
[illegible]
[illegible]):
[illegible]
[illegible]
[illegible]

[illegible] BAÑA SOLO, SE VISTE SOLO, COME SOLO, DUERME SOLO EN LA MISMA HABITACIÓN [illegible]
[illegible]

DATOS DEL MENOR DE EDAD:

Nombre y apellido: Sergio Ernesto Infante

Documento de identidad: TI 1011A661267

Edad: 14 años

Diagnostico: Discapacidad Cognitiva

RH: O+

DATOS DEL CUIDADOR:

Nombre del cuidador: Gloria Gonzalez

Cedula: 28740530

teléfono: 2480506

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: Carrera 18F #690 Sur 137 P.1.

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÌAS/VIDEO

Por otro lado, SI X NO ___ Autorizo a _____ para que mi hijo (a) sea fotografiado y/o filmado y que las fotos o imágenes que se tomen sean utilizadas para fines institucionales e informativos en piezas de comunicación generadas por _____.

Firma Gloria. R. Gonzalez

Nombre Gloria. R. Gonzalez

Cedula 28.740530

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

1.014.661.267
INFANTE AHANGO

SERGIO ERNESTO

NO FIRMA



06-DIC-2005
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

06-DIC-2023 O+ M

02-JUL-2014 BOGOTA D.C.

No. 144712286

Pfl Atención: SC Torre de Especialistas Autopista Norte — Inicio Atención: 2010/11/18 09:23:00 — Fin Atención: 2010/11/18 09:30:22

Paciente: SERGIO ERNESTO INFANTE ARANGO — Ciudad: Bogotá D.C

Sexo: MASCULINO — Edad: 4 Años 11 Meses 12 Dias — Identificación: RC 1014661287 — EstadoCivil:

Pfl Primaria: — Fecha Nac: 2005/12/06 — Grupo Atención: Otros

Fecha Ingreso: 2010/11/18 — Hora Ingreso: 09:23:00 — Nro Cuenta: 5314492 — Regional: — Ocupación: NINGUNA

Dirección: CRA 18 # 69 - 37 — Teléfono: 7911206

Convenio: Convenio SC Torre de Especialistas Autopista Norte - Tipo Afiliado: BENEFICIARIO — Ambito Realización: AMBULATORIO

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad: ALTERACIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL JOVEN < 10 ANOS CONTROL

Acompañante: DIANA ARNAGO

Responsable del Usuario: — Tel: 3133468073

Parentesco Responsable: MADRE — Tel:

Motivo Consulta:

Enfermedad Actual: PACIENT EOCN SINDORME DE DOWN E4NTRA A COLEGIO ENL AÑO ENTRANTE VIENE AVALORACION. PROTDUCOT DEL EMBARZO NUEMRO DOS PARTO NORMAL REFIERE QUE CAMINO A LOS 18 MESES. NIEGA convulsiones.

RECOMENDACIONES: ss coeficanta intelwectual.

SIGNOS VITALES: FC: 98 Sistole: 49 Diastole: T.A.M:00 FR: 24 T°: Saturación: 0 Glucometría: 0

Talla: 110 Peso: 15 I.M.C: 12,40

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema	Variable	Observaciones
Neurológico y Paíquico		
Organos de los sentidos		
Piel y Faneras		
Sistema Cardiovascular		
Sistema Colágeno		
Sistema Endocrino		
Sistema Gastrointestinal		
Sistema Genital		
Sistema Linfático		
Sistema Muscular		
Sistema Sanguíneo		
Sistema Urinario		
Sistema Osteoarticular		
Sistema Respiratorio		

EXAMEN FISICO

Parte del Cuerpo	Variable	Observaciones
Neurológico	Anormal	rasgos deki sidorme de tipo menor hipotnia gerlñizada rfiejso nories trof normakl. lenguiaj ebisibico

DIAGNOSTICOS

	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Sindrome de down, no especificado	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Q909	CONFIRMADO REPETIDO	

DIAGNOSTICAS

Observaciones

INTERCONSULTAS

	Especialidad	Observaciones
Pediatrica control	NEUROLOGIA PEDIATRICA	

Especialidad: NEUROLOGIA PEDIATRICA

Registro Profesional: 22446714

lunes, febrero 27, 2012 04:12:11 p.m.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 65.
ARANGO GONZ
APELLIDOS
DIANA PIEDAD
NOMBRES
REPUBLICA DE
COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1977
FRESNO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-SEP-1995 ARMERO (GUAYABAL)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: VENPOREX (Vencedores por Exelencia)
DIRECTOR/REPRESENTANTE: *FLORINDA GONZALEZ TRIANA*
DIRECCION: KRA 48A No 68F 14 Sur
BARRIO: VERONA UPZ 70 LOCALIDAD: CIUDAD BOLÍVAR
TELÉFONO FIJO: 7613980 CELULAR: 3134831725 3023002254
E-MAIL: florindagonzalezloc19@gmail.com f.loris.58@hotmail.com

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA [X] MÚSICA [ ] TEATRO [ ]

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:
- [ ] Grupo Poblacional Afrodescendiente
- [ ] Indígena
- [ ] Ninguna
- [ ] Raizal O Palenquero
- [ ] Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
PAOLA CAROLINA PEÑA	53.094.695	CALLE 58 Sur No 41-21	4 55 96 32
NOLA ZAIDE RICO GOMEZ	52.243.044	CALLE 63 No 37-15 Sur	7 18 32 00
JJOHANA PAOLA GONZALEZ	1 024547798		320 346 36 05
CLAUDIA MONTOYA	1 024 486 357		319 246 88 41
BETTY YANETH REYES	52.936.802	CALLE 59A Sur No19D-15	310 588 39 47
HERBERT EDILSON ZULUAGA	1.022.934.357	CALLE 78A No 45-63 Sur	312 550 01 58
JAVIER ANDRES RINCON	1.024.462.212	CALLE 58 Sur No 41-23	315 745 02 23
HEBERT ALEXANDER PUIN	79.755.217		302 30022 54
CRISTIAN STEVEN VALERO	1.024.494.080		7 90 60 64
CESAR AUGUSTO GALLO	1.024.471.915	KARRERA 48 No 73-53 Sur	312 744 36 37
EDWIN ALEXANDER GUZMAN	1.024.512.391	TRV 33 No 58 C 83 Sur	311 802 0299
AMALIA AGUIRRE SOLER	1.024.461.741	KARRERA 44 A No 70A -38 Sur	300 746 34 89

Términos y Condiciones:
- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% debenresidir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el eventoy autorización para realizar registro fotográfico.

FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.705.466**

MARTINEZ GOMEZ

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

Luz Marina Martinez G

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1957**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-FEB-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

Número de cuenta / Referencia de pago

1409

Vanti S.A. ESP

vanti

Factura de Servicios Públicos No. **A204093981**

Fecha factura **20Feb2020**

MARTINEZ G LUZ MARINA
CL 59 BIS SUR 48B 11 1
Municipio:
BOGOTA
Dirección Correspondencia: CL 59 BIS SUR 48B 11 1
Lote: 10621

Sector:
CORUNA

Código Postal:
111911360

Ruta: 13001590053180

Línea de atención al cliente

Línea de urgencias

Municipios celular

Fijo o móvil Servihogar

¡Cuidemos el medio ambiente!

Reciba la factura por correo electrónico. Regístrese en nuestra línea de atención

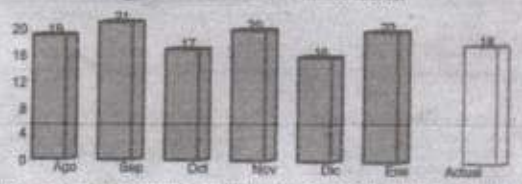
Total a pagar **24,630**

Pagar antes de **05Mar2020**

Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados

ATENCION el costo de la reconexión por suspensión es de $49.848

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 194.27 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 149.88 P.C. 49.667 MJ/M3

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO = 14 M³ X 2024,3800 PESOS/M³	28,341
AJUSTE DECENA	-4
MENOS SUBSIDIO (43.4%)	-12,298
SUBTOTAL	$ 16,039
122-ADECUACION INTERNA (006/012)	7,469
INT. INTERNA/ARTERFACTO (006/012)	1,122
SUBTOTAL	$ 8,591
TOTAL	$ 24,630

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima
122	55,565	48,094	2.02	2.12

Datos de medición

No. Medidor	KM RI-88-4 129007	Periodo facturado	Ene-2020 Feb-2020
Lectura anterior	8864	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	8872	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	18	Estrato/Categoria	2
Fecha de factura	20-Ene-2020	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	18-Feb-2020	Tarifa	01

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna es de obligatoriedad y debe realizarse cada 5 años según la norma vigente en la Resolución 0519 de 2012, evite la suspensión del servicio que lo garantiza.

Consulte los planes de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3679121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que si empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un período de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión, lo asume el cliente.

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1747.46($/m3) Gm755,73 Tm510.28 Dm 436.25 Componente Cutm 3122.00($/Factura) Dtm0.00 Cmt3122.00 Fpam1.14 Com0.00 g3.30 Cvm0.00

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
06Mar2020

(415)7707208029194(8020)000014091802202O(3900)0000024630

Vanti S.A. ESP.

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
1409	A204093981
Fecha factura	Total a pagar
20Feb2020	24,630



FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1943
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-OCT-1964 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00349685-M-0017086848-20111209 0026531059A 1 1641617189



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 17.086.848
DIAZ ZAPATA
APELLIDOS
JOSE IGNACIO
NOMBRES
FIRMA

Para ventas, atención, peticiones, quejas y recursos puedes contactarnos por estos medios:

Atención telefónica

En Bogotá al 377 77 77

A nivel nacional 01 8000 112 170

Atención virtual

Ingresa a www.etb.com o encuéntranos en

ETB.Colombia y en @ETBSoluciones

Oficinas personalizadas de atención al usuario

Centros de experiencia y venta

Bogotá

Centro	Kr 7 20 39	Niza	TV. 69 129 88
Chapinero	Cl 57 13 80	Olaya	Av Caracas 24 60 Sur
Chico	Kr 15 90 13	Salitre	Kr 6 20 56
Kennedy	Kr 78H 36 66 Sur	Chía	Centro Comercial Centro Chía L 1204 (Av. Pradilla # 9-00 Este, Chía)
Girardot	Kr 5 29B 127 Alto del Rosario		

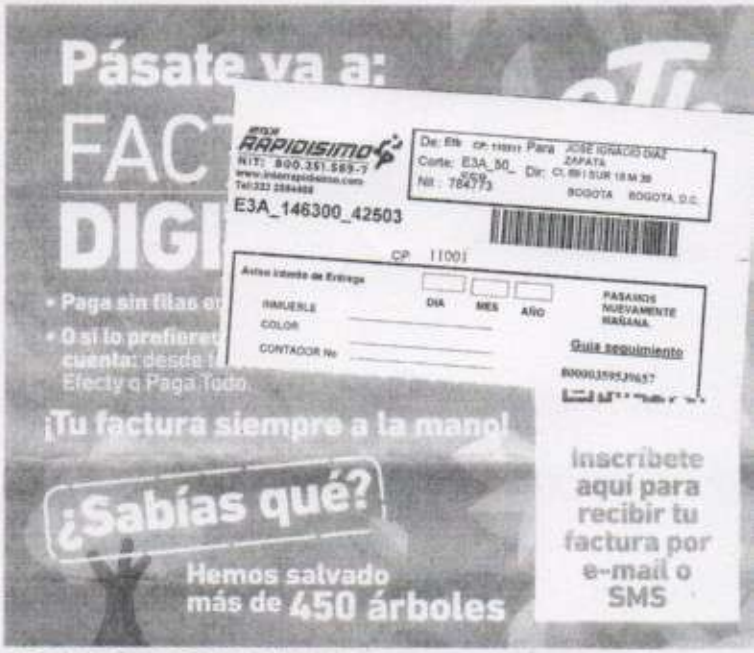
Red Cades y SuperCades

SuperCade Suba Cl 145 103B 90	Cade Santa Helenita Kr 84 bis 71B 53
SuperCade Américas Kr 86 43 55 Sur Portal Transmilenio	Cade Plaza de las Américas Kr 71D 6 94 Sur Local 1132 1136
SuperCade Bosa Cl 57B Sur 72D 82	Portal Transmilenio SuperCade
SuperCade Engativa Tv 113D 66 54	Cad Kr 30 26 90

Entidades de control y vigilancia

Superintendencia de Industria y Comercio – SIC Kr 13 27 00 Piso 1/3 Bogotá D. C. Contact Center 5920400 – 018000 910 165 contactenos@sic.gov.co, www.sic.gov.co
Resolución vigente CRC 5111 de 2017 régimen de protección de usuarios.
En caso de presentar una reclamación relacionada con el monto de su factura, deberás proceder al pago de las sumas que no sean objeto de reclamación, antes de la fecha límite de pago.
Si observas hechos sospechosos en contra de los bienes de ETB, denúncialos a los teléfonos 2422119 y 3057067286

Recuerda: Si pagas tu factura fuera de la fecha, se aplicará una Tasa de Recargo Mora de 0,48%



JOSE IGNACIO DIAZ ZAPATA
CL 69I SUR 18M 39
Bogotá (P1)
Barrio Villa gloria
Localidad Ciudad bolivar
Fecha de expedición 15 Feb 2020
Factura de Febrero

165 YO NO PAGO YO DENUNCIO GAULA POLICÍA NACIONAL





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1963

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-DIC-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00112802-F-0051797506-20081027 0004911378A 1 1410020028

Número de cuenta / Referencia de pago

Para pago por medios electrónicos o cualquier inquietud cite este número

609384

Factura de Servicios Públicos No. A198485057

Fecha factura 20Dic2019

MENDEZ RINCON HECTOR ALBERTO
CL 58D SUR 47 47 1
Código Postal: 111911340
Municipio: BOGOTA
Sector: CORUNA
Dirección Correspondencia: CL 58D SUR 47 47 1
Lote: 15621 Ruta: 13001560041110

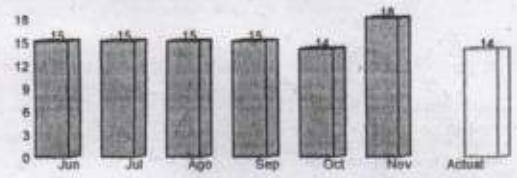
Total a pagar 12,560

Pagar antes de 08Ene2020

Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48.021

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 153.41 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 137.68 P.C. : 50.200 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	YZ 98-98-4 133432	Periodo facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	3101	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	3115	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	14	Estrato/Categoría	2
Fecha de lectura	20-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	18-Dic-2019	Tarifa	D1

Vanti S.A. ESP

www.grupovanti.com

vanti

@vantiavanti @grupovanti Grupo Vanti

Línea de atención al cliente
307 81 21, L. a V. de 7 am a 6 pm y sabados de 7 am a 1 pm
Municipios celular
01 8000 942 794 (opción 4)

Línea de urgencias,
reporte fugas y/o escapes las 24 horas
Fijo o móvil 164
Servihogar 307 81 21

Nuestro compromiso con el medio ambiente aún más fuerte: Nueva factura en papel más ecológico

Tu marca puede estar en nuestra factura
Más información en 650 2012

Conceptos facturados

DESCRIPCION		VALOR
CONS. CON SUBSIDIO =		
11 M³ X 1920,3300 PESOS/M³		21,124
AJUSTE DECENA		-1
MENOS SUBSIDIO	(40,5%)	-8,563
SUBTOTAL		$ 12,560
TOTAL		$ 12,560

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 del 2013, evite la suspensión del servicio por su seguridad

Consulte los plazos de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3078121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión, lo asume el cliente.

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1659.57($/m3) Gm679.48 Tm499.95 Dm 439.89 Componente Cufm 3119.00($/Factura) Dfm0.00 Cm3119.00 Fpcm1.14 Ccm0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00,764K001,005K201,00Pa10,87Pd00,32Altura2477Time14,0300

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura 09Ene2020

(415)7707208029194(8020)000609384181220193(3900)0000012560

Vanti S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
609384	A198485057
Fecha factura	Total a pagar
20Dic2019	12,560

Si cancela con cheque, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP

Válido únicamente con firma y/o sello del agente

Sujeto vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 1-1280805 Vigilado por la SIC NIT 830.135.913-1

Somos actuaciones basada en noticias de interes por finalización anticipada y suspensión de servicio - Resolución 4503 de julio 17 de 2013, NIA Angosto Camilo, Facturación según Res. CREG 154 - Septiembre 01, Dic 01 de 2019 - 1 de 1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **41.513.891**

GONZALEZ IBARGUEN

APELLIDOS

FAUSTA

NOMBRES

Fausta González

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **13-SEP-1950**

BAJO BAUDO (PIZARRO)
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-FEB-1973 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00848684-F-0041513891-20160913 0051078919A 1 46444142



EMERGENCIAS 115 | DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com | DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com

enel-Codensa | @CodensaEnergia | @CodensaEnergia

tu factura?

Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | Botón de Pago Online | Movii | Davivienda | Nequi

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

RED CADE | enel | Almacenes de Cadena | éxito | CRYDO | POMONA

reciben facturas vencidas. **Excepto Centro de Servicio Chapinero y Calle 80.

Componentes del costo:
CV: 46.75 PR: 38.00 R: 0.64 CF: 0.00 / $509.53 Costo kWh Mes

CRA: 27 ENERO/20

33105

enel codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-6
Cr. 13A No. 93-66

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0104486-5

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 579630899-7

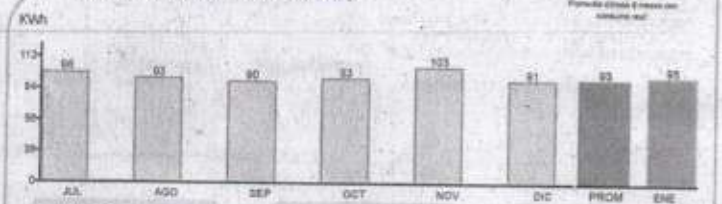
33105

CLIENTE

FAUSTA GONZALEZ
CL 63 A SUR NO 37 B - 15
CIUDAD BOLIVAR
BOGOTÁ, D.C.
CANDELARIA LA NUEVA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO: 20 DIC/2019 A 22-ENE/2020

Valor Kwh prom. $509.53

CONSUMO MES Kwh 95

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000 1 18 129 0654
RUTA LECTURA:	1000 1 18 129 0674
MANZANA DE LECTURA:	MS00253125
MEDIDOR NO:	126099
MEDIDOR NO:	126099

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0 kWh



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.

33105

3,485 - Page 1 of 2



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.711.377
CASTELLANOS RODRIGUEZ

APELLIDOS
MARIA IMELDA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1956
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-MAR-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00019381-F-0041711377-20080704 0000749163A 1 1580007205

Número de cuenta / Referencia de pago

621410

Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti

Factura de Servicios Públicos No. A201835850
Fecha factura 22Ene2020

LIZARAZO LIZARAZO PEDRO
KR 46 59A SUR 3 1
Código Postal: 111911316
Municipio: BOGOTA
Sector: CORUNA
Dirección Correspondencia: KR 46 59A SUR 3 1
Lote: 15621 Ruta: 13001560015040

Línea de atención al cliente
307 81 21, L. a V. de 7 am a 6 pm y sabados de 7 am a 1 pm
Municipios celular
01 8000 942 794 (opción 4)

Línea de urgencias, reporte fugas y/o escapes las 24 horas
Fijo o móvil 164
Servihogar 307 81 21

Total a pagar 65,160
Pagar antes de 06Feb2020

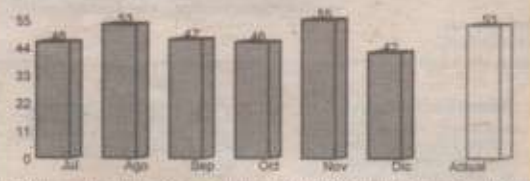
Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48,021

¡Cuidemos el medio ambiente!

Reciba la factura por correo electrónico. Regístrese en nuestra línea de atención 3078121 opción 4-1-1

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 558.37 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 124.06 P.C. 49.609 MJ/M3

Conceptos facturados

DESCRIPCION		VALOR
CONS. CON SUBSIDIO =		
20 M³ X 1815,0100 PESOS/M³		36,300
CONS. SIN SUBSIDIO =		
21 M³ X 1570,3100 PESOS/M³		32,977
AJUSTE DECENA		2
MENOS SUBSIDIO	(37,0%)	-13,439
SUBTOTAL		$ 55,840
SERVIHOGAR ANTIGUO		7,632
IVA SERVIHOGAR		1,488
SUBTOTAL		$ 9,320
TOTAL		$ 65,160

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0



Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa máxima

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interior es tu responsabilidad y debe realizarse cada 5 años según las últimas modificaciones en la Resolución 058 del 2012, evita tu suspensión del servicio por tu seguridad.

Consulta los plazos de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención 3078121.

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión, lo asume el cliente.

Datos de medición

No. Medidor	RI 98-98-4 49280	Periodo facturado	Dic-2019 Ene-2020
Lectura anterior	6167	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	6220	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	53	Estrato/Categoría	2
Fecha de lectura	19-Dic-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	20-Ene-2020	Tarifa	D1

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1570,31($/m3) Gm558,97 Tm535,84 Dm 438,14 Componente Cufm 3118,00($/Factura) Dfm0,00 Cm3118,00 Fpcm1,14 Com0,00 p0,30 Cvm0,00
Res. CREG127/13Kp00,764K001,005Kz01,00Pa10,87Pd00,32Altura2477Tma14,1500

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura 07Feb2020

Instalé ejecutada por la superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) y el Ministerio de Minas y Energía (MME) en el marco de la Ley 142 de 1994 y la Ley 689 de 2001.

Servicio prestado en virtud de licencia por el periodo señalado en el artículo 6 de la Ley 142 de 1994 y el artículo 6 de la Ley 689 de 2001.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 35.494.060
ACOSTA CAJAMARCA
APELLIDOS
ANA HERLINDA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1956
SILVANIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
23-MAY-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00020083-F-0035494060-20080706
0000B06521A 1
1400002481

Numero de cuenta / Referencia de pago

621410

vanti

Línea de atención al cliente

Línea de urgencias

Municipios celular

Fijo o movil servihogar

Factura de Servicios Públicos No. A201835850

Fecha factura 22Ene2020

LIZARAZO LIZARAZO PEDRO
KR 46 59A SUR 3 1
Municipio: BOGOTA
Dirección Correspondencia: KR 46 59A SUR 3 1
Lote: 18621

Sector: CORUNA
Ruta: 13001560015040

Codigo Postal: 111911316

¡Cuidemos el medio ambiente!

Reciba la factura por correo electrónico. Regístrese en nuestra línea de atención
3078121 opción 4-1-1

Total a pagar 65,160

Pagar antes de 06Feb2020

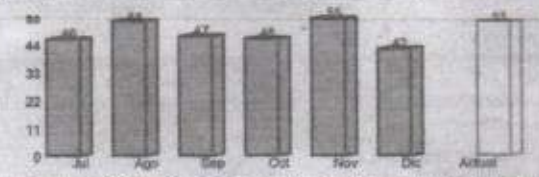
Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48.021

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO =	
20 M³ X 1615.0100 PESOS/M³	36,300
CONS. SIN SUBSIDIO =	
21 M³ X 1570.3100 PESOS/M³	32,977
AJUSTE DECENA	2
MENOS SUBSIDIO (37.0%)	-13,439
SUBTOTAL	$ 55,840
SERVIHOGAR ANTIGUO	7,832
IVA SERVIHOGAR	1,488
SUBTOTAL	$ 9,320
TOTAL	$ 65,160

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 508.37 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 104.88 P.C.: 48.228 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0



Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	RI 95-98-4 40060	Periodo facturado	Dic-2019 Ene-2020
Lectura anterior	6167	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	6220	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	53	Estrato/Categoria	2
Fecha de lectura	18-Dic-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	20-Ene-2020	Tarifa	01

Revisión Periódica de la instalación interna

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución CREG 067 de 2012, sujeto a suspensión del servicio por su incumplimiento.

Consulte los plazos de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3078121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que su empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión lo asume el cliente.

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CU:Vm1570.31($/m3) Gm358.97 Tm535.64 Dm 438.14 Componente Cubo 3118.00($/Factura) Dbn0.00 Cm3118.00 Fpcm1.14 Gcm0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG 127/13Kp00,764Kb01,005Kp01,00Pe10,87Pb00,52Altura2477Tmr14,1500

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura 07Feb2020



enel
codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

2007219-6

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 5758849035-1

22633

CLIENTE

MARCO ANTONIO FORERO MALAGON
TV 74 F NO 62 A SUR - 10

BOGOTÁ, D.C.
LA PRIMAVERA I

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERIODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
18 NOV/2019 A 17 DIC/2019	$528.03	185

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	9
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000 1 15 114 0107
RUTA LECTURA:	1000 1 15 114 0109
MANZANA DE LECTURA:	MS00244302
MEDIDOR NO:	25902591
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO

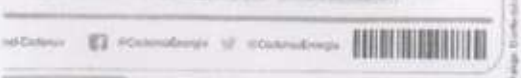
TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0 kWh



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si para la decoración navideña de tu hogar, no te alcanzan los toma corrientes, es mejor que instales más. Evita usar multitomas o adaptadores de este tipo.







REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.000.791.685
ROSERO MONTENEGRO
APELLIDOS
LUIS DAVID
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPS534

capital
EPS-S

LUIS DAVID ROSERO MONTENEGRO
CC 1000791685 Sexo: M Fecha Nac.:07/05/1994
Doc Cabeza Familia:CC80266933 Contrato No : 72515-11001
Fecha de afiliación: 01/10/2007 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc:S Nivel 1 No ficha sisbén:1808773 - 1
BOGOTA BOGOTA-TV 74 F 62 A S 10 Zona:U
Localidad 19 Dir.: TV 74 F 62 A S 10 LA ESTANCIA
IPS Medica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
IPS Odontologica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
leandramm 24280720131210 31049410



FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1994**
BOGOTA D.C
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-DIC-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00435984-M-1000791685-20130517 0033023713A 1 38509170

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.033.697.176
PACHON SUAREZ

APELLIDOS
YOJAN ANDRES

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

14-MAY-2024 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

29-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



I<1033697176<20141118 0041152130A 1 1102307165



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1993
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-AGO-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500110-70114833-F-1014187020-20090103 0440709002A 02 20198128

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.052.393.318
GARCIA MARTINEZ

APELLIDOS
HONORA YERMITH

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-JUL-1990
SANTA ROSA DE VITERBO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-ABR-2009 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

- AFILIADO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.052.841.852

PEREZ GARCIA

APELLIDOS

ZAHIRA YULIANA

NOMBRES

Zahira perez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
DUITAMA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO
24-MAR-2026

FECHA DE VENCIMIENTO
03-SEP-2015 BOGOTA

FECHA Y LUGAR DE EXPE

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.028.494.115

LOZANO MOJICA

APELLIDOS

DIANA VALENTINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-2010

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 66.776.409
ORTIZ RIVERA
APELLIDOS
CARMEN
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-ABR-1972
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.26 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-SEP-1990 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

MARIANA ORBE MENA

Neurologia Clinica

CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL PALMAR

CE 238641
RM 16401
249390

HISTORIA CLINICA No.			**667764098**
Paciente: ORTIZ RIVERA CARMEN			**E.P.S:** CENTRO MEDICO POPULAR
No.Identicación: 667764098			**Empresa:**
No.Afiliación:	**F.Naci** 12/04/1972 **Edad:** 44 A		**Afiliado:**
Direccion: CL. 42 N. 46-15	**Telefono:** 32085743	**Tipo** Beneficiario	**Estrato:**A

I. Primera Vez: 1 Fecha :12/01/2017 Hora 17: 1 No.Documento 7490FACT_AUTO

II.Causa de Consulta: Certificado.

III.Enfermedad Actual:

Acompaña Hermana mayor.

Asiste por Certificado de interdicción

Paciente de 44 años de edad, con S. de Down, Vive co hermana.

Hace 2 años presento Anemia.

asistio a instirución educativa. No sabe leer y escribir.

Incapaz de realizar actividades en la casa sola, tiene que tener asesoria. Se baña y viste con asesoria. Se dedica a ver televisión. Tiene episodios de Hablar sola. Desde hace 4 Meses asiste a instituto especial en Bogota.

IV. Antecedentes Familiares

V. Antecedentes Personales

- Patológicos:

Displasia de cadera, Colon irritable. Hernia Umbilical, soplo Aortico. Miopia Degenerativa. Dermatitis Seborreica.

Recibio Omeprazol.

VI. Revision Por Sistemas

VII. Exámen Fisico

- Sistema Nervioso:

Paciente alerta, desorientada en Tiempo, espacio y persona.

Dificultad leve para entender el interrogatorio .

Talla Baja, Microcefiala, ausencia de piezas dentarias

Piel ligeramente aspera. Minima macrogiosia

Disialia. Marcha Normal.

ares craneales Normales. Estrsabismo convergente

Pupilas isocoricas con reacción pupilar y acomodación Normal.

Extremidades cortas, Movilidad y fuerza conservada en los 4 miembros

Romberg Negativo

ROT Normales.

Signos meningeos negativos.

VIII.Diagnóstico:

Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO

F710 RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO

- Resultados de Laboratorio: Ninguno
- Observaciones:

Paciente necesita cuidado de una tercera persona. acudir a intituto adecaudo para su problema, estimulación constante, Terapia del Lenguaje y ocupacional.

X. Procedimientos Enviados:

Consultorio: Nuestra Señora del Palmar Tel:2756115-2755616-2731411
Celular:
Email:

MARIANA ORBE MENA

Neurologia Clinica

CE 238641
RM 16401
249390

Sede:Palmira (valle)-MARIANA ORBE MENA
Calle 31 No.31.63 Clin. Nuestra Señora
2756115-2755616-2731411

ORDEN MEDICA No. 17501

Paciente:	ORTIZ RIVERA CARMEN		EPS:	CENTRO MEDICO POPULAR	Fecha.O.Ser.:12/01/2017
No.Afiliación:	667764098		Empresa:		Valido Hasta:11/02/2017
No.Identicación:	667764098	F.Nacim 12/04/1972 Edad: 44 A	Afiliado:		T. de Contigencia
Diagnóstico:	Q909 SINDROME DE DOWN, NO		Tipo Usuario:	Beneficiario Estrato:A	

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD

Firma :MARIANA ORBE MENA
MEDICO NEUROLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39.561.435
ORTIZ RIVERA
MARIA EUGENIA


FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1967
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
29-JUN-1985 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1510900-39129091-F-0039561435-20050618
02500 05105A 02 136552172



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52873851

TAPIERO MONTIEL
APELLIDOS

ALBA ROCIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-1981
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

16-MAY-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500119-42083014-F-0052873851-20010410 03554 00332A 02 092565045

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

NIT: 900958564

USS:

VE - USS ISMAEL PERDOMO

Fecha Actual : miércoles, 20 febrero 201
N° Historia Clínica 52873851
Fecha de Registro: 30/05/18 11:10 a.m.
N° Folio: 5
Cama:

Datos del Paciente:

N° Historia Clínica: 52873851
Nombres y Apellidos: ALBA ROCIO TAPIERO MONTIEL
Sexo: Femenino
Dirección: CLL68 73 A 20

Folio Asociado:
Fecha de Nacimiento: 1981/06/30 12:00:00 a.m.
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 5766636

Identificación: 52873851
Edad Actual: 37 Años \ 7 Meses \ 20 Dias
Ocupación: Otras Oupaciones
Procedencia:

Datos de Afiliación:

Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1
Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S

Regimen: Regimen_Simplificado
Plan: CAPITAL SALUD CONSULTORIO BASICO 2017

Datos del Acompañante:

Nombres:

Teléfono:

CONSULTA MEDICINA GENERAL

Datos del Ingreso:

Unidad de Atención: USS ISMAEL PERDOMO
N° de Ingreso: 3384833
Tipo de Historia: HC073

Ingreso Por: Consulta_Externa
Fecha de ingreso: 30/05/2018 9:59:27 a.m.
Causa Externa: Enfermedad_Genera l

Servicio: CONS MEDICINA GENERAL - CAPS ISMAEL PERDOMO
Finalidad de la Consulta: No_Aplica

HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Acompañante: Bellanira Montiel
Ocupacinón: no aplica
Teléfono(s): 5767636
TIPOS DE DISCAPACIDAD: Intelectual/Cognitiva
ETNIA: Blancos
MOTIVO DE CONSULTA:
periodo irregular

ENFERMEDAD ACTUAL:

desde su desarrollo presenta la menstruacion prolongada , la familiar refiere que ha tneido anemia, no le han dado antiparasitario , no ha recibniod nuingun tto

REVISION POR SISTEMAS:

Órganos de los sentidos: niega
CardioPulmonar: niega
Genitourinario: niega
Neurológico:

Piel y Faneras: niega
Gatrointestinal: niega
Musculo Esqueletico: niega

CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO FOCALIZACION NO MENINGEOS, NO DISMETRIA, NO ATAXIA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++/++++, BABINSKY NEGATIVO BILATERAL.

SIGNOS VITALES:

Estado de Conciencia:		Alerta				Estado de Hidratación:		Sin DHT			
TAS -mming:	110.0	TAD:	70.0	FC/min:	72.0	FR/min:	12.0	SO2%:	.0	Temperatura:	37.0
Peso Kg:	54.0	Talla cms:		150		IMC:	24.0	Descripción de IMC:		normal	

EXAMEN FISICO:

Cabeza y Cuello:

PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, NO INGURGITACION YUGULAR, NO ADENOPATIAS.

Tórax y Cardiovascular:

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN BASES, NO TIRAJES INTERCOSTALES.

Abdomen:

RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO IRRITACION PERITONEAL, NO VISCEROMEGALIAS PALPABLES.

Genitales y Extremidades:

GENITALES EXTERNOS : NO EXPLORADOSEXTREMIDADES : NO EDEMA, NO DEFORMIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS.

Neurológico:

CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO FOCALIZACION NO MENINGEOS, NO DISMETRIA, NO ATAXIA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++/++++, BABINSKY NEGATIVO BILATERAL.

RESULTADOS PARACLÍNICOS:

ninguno

ANÁLISIS Y PLAN:

Paciente estable hemodinamicamente, se dan indicaciones generales de autocuidado alimentarios con mas fruta 3-4 porciones dia, verdura 1-2 porciones dia, proteina 3 porciones dia , se instruye en adecuada higiene de manos, frutas y verduras, no consumo de alimentos preparados en la calle, lavado adecuado de frutas y verduras, actividad fisica caminata de 30 minutos dia, se explican factores de riesgo cardiovascular , educacion en signos de alarma casos en los cuales debe reconsultar. Riesgo bajo se remite a ginecologia , se formula tinidazol, consumo d emas fruta, verdura y agua

Consejería breve en cesación de tabaco:

ANTECEDENTES

CONSULTA MEDICINA GENERAL

Fecha Folio: 30/05/18 11:10 a.m. **Ingreso:** 3384833 **Folio:** 5

N° Historia Clinica: 52873851 **Nombres y Apellidos:** ALBA ROCIO TAPIERO MONTIEL

TIPO	DETALLE	FECHA
Ginecobstétricos	11/01/2017 FUR	19/01/2017
Médicos	RETRASO MENTAL	19/01/2017
Quirúrgicos	LEGRADO UTERINO	19/01/2017
Tóxicos	NO REFIERE	02/03/2017
Inmunológicos	NO REFIERE	02/03/2017
Ginecobstétricos	fur 1 de abril 2018	30/05/2018
Farmacológicos	niega	30/05/2018
Familiares	diabetes abuela	30/05/2018

DIAGNOSTICOS

CODIGO	NOMBRE	PRINCIPAL
N921	MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR	✓
A062	COLITIS AMEBIANA NO DISENTERICA	
F709	RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	

SOLICITUD DE EXAMENES

CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	1

PLAN DE MANEJO

MEDICAMENTO	CANTIDAD	VIA	POSOLOGIA	DIAS	INTRAHOSP	M.CONTROL
TINIDAZOL TAB X 500MG	8	Oral	tomar 4 tab despues del almuerzo durante 2 dias	2	☐	☐

INDICACIONES MEDICAS

TIPO DE INDICACION	DETALLE
Salida_Consulta_Externa	se remite a ginecologia para estudio de menstruacion irregular y posible planificaicon definitiva , se formula tinidazol, consumo d emas fruta, verdura y agua

Profesional MARIN MONROY CRISTINA
Registro Profesional 16331
Especialidad MEDICINA GENERAL OTROS PAGADORES

Nombre reporte : HCRPHistoBase

FIRMA Y SELLO

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.792.772
TAPIERO MONTIEL

APELLIDOS
SARA LIZETH

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

P-1500150-01048547-F-1000792772-20181205 0063374858A 1 1505155324

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **28.864.604**
MONTIEL De TAPIERO

APELLIDOS
BELLANIRA

NOMBRES

Bellanira Montiel

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1961**
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

21-JUL-1980 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01041400-F-0028864604-20181012 0062746443A 1 9905884034

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51.573.947
NUMERO

GORDILLO
APELLIDOS

ANA CELIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1960
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

15-MAR-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

A-1500117-42136812-F-0051573947-20050916 04883 05259N 02 201039661

Para ventas, atención, peticiones, quejas y recursos puedes contactarnos por estos medios:

Atención telefónica

En Bogotá al 377 77 77

A nivel nacional 01 8000 112 170

Atención virtual

Ingresa a www.etb.com o encuéntranos en

ETB.Colombia y en @ETBSoluciones

Oficinas personalizadas de atención al usuario

Centros de experiencia y venta

Bogotá			
Centro	Kr 7 20 39	Niza	Tv. 60 128 86
Chapinero	Cl 57 13 60	Olaya	Av Caracas 24 60 Sur
Chico	Kr 15 99 13	Soloma	Kr 8 24 SA
Kennedy	Kr 78H 36 69 Sur	Chía	Centro Comercial Centro Chía L 1254 (Av. Pradilla # 9-00 Este, Chía)
Girardot	Kr 5 20B 127 Alto del Rosario		

Red Cades y SuperCades

SuperCade Suba Cl 145 103B 95	Cade Santa Helenita Kr 84 bis 71D 53
SuperCade Américas Kr 86 43 55 Sur Portal Transmilenio	Cade Plaza de las Américas Kr 71D 4 94 Sur Local 1132 1136
SuperCade Suba Cl 97B Sur 72D 12	Portal Transmilenio SuperCade Cad Kr 50 24 90
SuperCade Engativá Tv 113B 66 54	

Entidades de control y vigilancia

Superintendencia de Industria y Comercio – SIC Kr 13 27 00 Piso 1/3 Bogotá D. C. Contact Center 5920400 – 018000 910 165 contactanos@sic.gov.co, www.sic.gov.co
Resolución vigente CRC 5111 de 2017 régimen de protección de usuarios.
En caso de presentar una reclamación relacionada con el evento de su factura, deberás proceder al pago de las sumas que no sean objeto de reclamación, antes de la fecha límite de pago.
Si observas hechos sospechosos en contra de los bienes de ETB, denúncialos a los teléfonos 2422119 y 3057067286

Recuerda: Si pagas tu factura fuera de la fecha, se aplicará una Tasa de Recargo Mora de 0.48%



JOSE IGNACIO DIAZ ZAPATA
CL 69I SUR 18M 39
Bogotá (P1)
Barrio Villa gloria
Localidad Ciudad bolivar
Fecha de expedición 15 Feb 2020
Factura de Febrero

165
YO NO PAGO
YO DENUNCIO
GAULA
POLICIA NACIONAL


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.090.765
SANCHEZ ROMERO

APELLIDOS
MARIA RUBIELA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-1963
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

09-MAR-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00752656-F-0052090765-20151002 0048706501A 1 1292590318



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.551.246

GONZALEZ TRIANA
APELLIDOS

FLORINDA
NOMBRES

Florinda Gonzalez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-1958
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

23-AGO-1977 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500110-47145383-F-0023551246-20080306 03525 00065O 02 202610730

Carné beneficiario a salud, 2019-6-27



REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN S
REGIMEN SUBSIDIADO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

capital

DATOS DEL AFILIADO
FLORINDA GONZALEZ TRIANA

IDENTIFICACIÓN 23551246
GENERO F
FECHA NACIMIENTO 1958-08-12

NIVEL SISBEN 1

DISCAPACIDAD NO
PARENTESCO

FECHA AFILIACIÓN JUN 27 2019

IPS 110013029401

CARNÉ DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE
ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: SEMILLERO EJEMPLOS DE VIDA
DIRECTOR/REPRESENTANTE: DEVIS VARGAS B
DIRECCION: Cll 59A BIS SUR #48B-42
BARRIO: LA CORUÑA UPZ 69
LOCALIDAD: C. B
TELÉFONO FIJO: 4073903 CELULAR: 3213286823
E-MAIL: ejemplosdevida@hotmail.com

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☐ MÚSICA ☒ TEATRO ☐

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

- ☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
- ☐ Indígena
- ☒ Ninguna
- ☐ Raizal O Palenquero
- ☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Michell Diaz V	T.I 1019842173	cll 59A BIS SUR #48B-42	3223731779
Pilar Mambuscay	1033745975	Cll 58A #23D-23	3123878245
Marlon Lopez	1073765548	Cll 55A Sur #74-26	3183479399
Cristian Molano	1000.613.417	Kr 49f #68D-56 Sur	3134770939

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.019.842.173

DIAZ VARGAS
APELLIDOS

MICHELL
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-2004

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-ABR-2022
FECHA DE VENCIMIENTO

B+
G.S. RH

F
SEXO

13-ABR-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-01012136-F-1019842173-20180602 0081439652A 1 130421-4094

ínica

SERVIMED IPS S.A
AK 70 54 -27 Tel.: Nit.:830002272-7
HISTORIA CLINICA FISIATRI

aciente:	DIAZ VARGAS MICHELL	Documento:	TI 1019842173
Fecha de atención:	19/02/2020 10:50:30 AM	Fecha salida de atención:	19/02/2020 11:12:54 AM

Especialidad:	CONSULTAS
Cant: 12 890113:	TERAPIA OCUPACIONAL (DOMICILIARIA)
-Seguimiento::	12 SESIONES AL MES POR 6 MESES
Orden No::	1371332
Fecha orden:	Miercoles 19 de Febrero de 2020
Origen:	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Servicio:	CONSULTAS
Diagnóstico:	G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA
Especialidad:	CONSULTAS
Cant: 1 89020236:	CONSULTA DE FISIATRIA

DIAGNOSTICOS

Principal:	G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA
Finalidad de la consulta:	NO APLICA
Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL

SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO: PACIENTE FEMNINA QUE ACUDE A CONSULTA CON PARALISIS CEREBRAL,, QUE USA PAÑALES POR NO CONTROLAR ESFINTERES, TENIA SERVICIO DE ENFERMERIA POR MEDIMAS 8 HORAS , TRASPORTE PARA LAS CONSULTAS Y LAS CITAS CONTROLES Y TERAPIAS , ACTULAMENTE HACE TRASPASO A ESTA EPS , HACIENDO LAS MISMASM SOLCITUDES , SE EXPLICA CUAL ES EL SISTEMA DOMICILIARIO DE LA EPS, Y QUE EL MEDICO DOMICILIARIO DEBE ORDENAR DE ACUERDO A SU EVALUACION LOS OTROS SEREVICIOS. SE INDIOCA PROGRAM,A DE REHABILITACION POR TERAPIA FISICA Y OCUPACIONAL POR 6 MESES . CONTROL POR FISIATRIA EN 6 MESES.

Dra. Yanneth David Molano
Medicina Física y
Rehabilitación
R.M. 51.926.236
2016 - 7113

QR de Validación

Profesional:	DAVID MOLANO YANNETH
CC:	51926238
Registro profesional:	51926238

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

RECIBO ACUERDO DE PAGO ACUEDUCTO

NIT. 899.999.094-1

IMPRESO POR: MGARZONM

Datos del Usuario

HONORIO IZQUIERDO HONORIO IZQUIERDO
CL 59A BIS SUR 48B - 42

ESTRATO: 2	CLASE DE USO: Residenciales
UNID. HABIT./FAMILIAS: 001	UNID. NO HABITACIONAL:000

CUENTA CONTRATO	ZONA	CICLO	No. REFERENCIA
10575641	ZN04	P4	01972454423
Para contactarnos ésta es su número	RUTA P44568		Para pagos electrónicos ésta es su número

Datos Técnicos

TARIFA DE: VIGENCIA:

Datos Medidor

MARCA: AQUAFORJAS TIPO: VOLU015B
NUMERO: AB273819 DIAMETRO: ½"

Información Adicional

Nº DE CUOTAS PENDIENTES	22	
SALDO DEUDA FINANCIADA	$	2.616.475
SALDO INTERESES DE FINANCIACIÓN	$	0
SALDO INTERESES DE MORA	$	0

FECHA DE PAGO OPORTUNO	FEB/14/2020
FECHA LIMITE DE PAGO PARA EVITAR SUSPENSIÓN	FEB/14/2020

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	VALOR
Cuota de Financiación	112.245
Intereses de Financiación	13.083
Gastos de Cobranza	1
TOTAL A PAGAR FINANCIACION	**$125.329**

17 FEB 2020

Para Pagos

Consulte las direcciones para pago llamando a la Acualinea

- BANCOS Y CORPORACIONES (TODAS LAS SUCURSALES)

COLPATRIA	POPULAR	CAJA SOCIAL
CITIBANK	SUDAMERIS	HELM BANK
CORBANCA	HSBC	BOGOTA
DAVIVIENDA	AV VILLAS	PICHINCHA

- CAJEROS AUTOMÁTICOS
- PUNTOS DE PAGO REDEBAN MULTICOLOR
- VÍA INTERNET
- CADES



Visite los CADES, los centros de atención y consulte por Internet

- Obtenga copia de su factura
- Presente sus solicitudes, quejas y reclamos

- Ingrese a nuestra páginaWeb: www.acueducto.com.co
- Digite el número de la cuenta contrato que aparece en su factura y haga click en la opción "Servicios en línea"

Informes, solicitudes, quejas y Reclamos
Acualinea 116

El Acueducto en línea para servir

Documento de Pago 01972454423-7

Cuenta Contrato 10575641

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.745.975**

MAMBUSCAY COLLAZOS

APELLIDOS

DIANA PILAR

NOMBRES

Diana Mambuscay

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-JUL-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00248482-F-1033745975-20100805 0023265756A 1 33995268

Paciente: DIANA PILAR MAMBUSCAY COLLAZOS
Identificación: CC 1033745975

compensar

2019-08-29

CERTIFICACIÓN

A quien interese:
Certifico que DIANA PILAR MAMBUSCAY COLLAZOS de 27 años identificado con documento CC 1033745975 presenta DISCAPACIDAD PERMANENTE dada por diagnóstico médico de:

F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
F700 RETRASO MENTAL LEVE

TIPO DE DISCAPACIDAD: Discapacidad cognitiva

DEFICIENCIA: en estructura de sistema nervioso.

LIMITACION PARA LA ACTIVIDAD: Aprendizaje y uso del conocimiento.

RESTRICCION EN LA PARTICIPACION: Interacción y relaciones interpersonales. Áreas principales de la vida, Vida comunitaria social y cívica.

Se expide a solicitud del ACUDIENTE a los 29 días del mes de AGOSTO de 2019

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Av Calle 26 # 66A 48 PBX:4441234-FAX: www.compensar.com.co

DR. LUIS CARLOS RODRIGUEZ H.
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
IPS Carlos Rangel SAS
Carrera 7B bis # 132 – 38 piso 5

Cordialmente

RODRIGUEZ HERNANDEZ LUIS CARLOS,MEDICINA FISICA REHABI



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.716.548
LOPEZ OLIVEROS
APELLIDOS
MARLON ALEJANDRO
NOMBRES
marlon lopez



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
NIT 800.130.907-4

SaludTotal

MARLON ALEJANDRO LOPEZ OLIVEROS

R - 86083151030	Cotizante C - 52841621
HIJO MENOR DE 18 AÑOS	Fecha Afil (M/D/A) 8/27/2002
Rango Salarial A	No. Radicación 10016255
Tipo de Discapacidad	
Id Beneficiario	2316778
Tel. Central de Citas Medicas	6001666
Tel. Central de Citas Odontologicas	6001666

ESTE CARNÉ TIENE VALIDEZ SI ESTÁ AL DIA EN SUS PAGOS
En caso de urgencia o requerir orientación comuníquese inmediatamente con la Línea Total en Bogotá al teléfono 600720 para fuera de Bogotá al 01800 0514024 Servicio las 24 horas.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.81 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-SEP-2016 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL



F-1524700-00854231 M-1073716548 20161008 0051729405A 1 46873172



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ
Línea de atención y emergencias 116 Acualínea
www.acueducto.com.co

Datos del usuario
MARCELINO TIBACUY
CL 59A SUR 74 26

ESTRATO: 2 CLASE DE USO: Residencial
UNIDAD FAMILIAR: 3 UNID. NO HABITACIONAL: 0
ZONA: 4 CICLO: N4 RUTA: N44537

Datos del medidor
MARCA NÚMERO TIPO DIÁMETRO

Datos del consumo
LECTURA ACTUAL 3306 CONSUMO (m³) 45
LECTURA ANTERIOR 3320 Consumo Normal Descargue Tarifa alterna 0
Últimos consumos en m³

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10598074

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 36987243510

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo Ton al mes(valor a Cobro a terceros (ver al reverso)) $209.208

Fecha de pago oportuno ENE/17/2020

Fecha límite de pago para evitar suspensión ENE/22/2020

Periodo facturado
OCT/16/2019 - DIC/13/2019

FECHA DE EXPEDICIÓN ENERO 2020 FECHA ESTIMADA DE LA PRÓXIMA FACTURA MAYO 07/2020

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Valor Total	Subsidio / Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$13.994,00	$13.994	$0	$0.211,04	$13.994
Consumo residencial básico	45	$2.610,84	$117.488	$58.744	$1.944,82	$72.194
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ( )			$131.482	$65.741		$86.188
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$4.311,06	$4.311	$2.155	$3.767,10	$3.767
Consumo residencial básico	45	$3.129,00	$140.805	$70.403	$1.647,00	$70.402
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ( )			$145.116	$72.558		$74.169

Otros Cobros	Mes	Cuota Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$1-	
Saldo 06/12 Mes 1/84			$74.190	
Subtotal Otros Cobros ( )			$74.194	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Descuento mínimo vital (12 metros cúbicos sin costo en estrato 1 y 2) $18.792-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS $148.378 CONSUMO MES $73.586 CONSUMO U.A. $2.696

En Navidad renace el amor, renace la paz, en la ciudad renace el Río Bogotá
¡Felices Fiestas!

DISFRUTE SUS VACACIONES
sin contratiempos

- Si sale de viaje, cierre el registro de entrada del agua. (Tuberías y llaves de pilas pueden generar inundaciones y aumentar el valor de su factura).
- Evite basuras de las rejillas de la casa o pólizas para evitar taponamiento de redes.
- Día con fallas suscriptores: Llame a la Acualínea 116 y verifique su identidad y si la visita está programada.
- No olvide cancelar oportunamente su factura.
- Evite accidentes, exporte el cubrimiento de tapas de alcantarillas y rejillas de sumideros en la Acualínea 116. Reporte y cuide la señalización de las obras.

Alcaldía de Bogotá
acueducto



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.613.417
MOLANO RODRIGUEZ
APELLIDOS
CRISTIAN DAVID
NOMBRES
Cristian David Molano R
FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 28-ENE-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-FEB-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-1500150-00982482-M-1000613417-20180227 0059643319A 1 49670722

Bogotá, 8 de Mayo de 2014
GPS No. 3240 - 09

Niño:
CRISTIAN DAVID MOLANO RODRIGUEZ
TI: 1000613417
Carrera 49 F # 68 D - 56 Sur Casa 95 Barrio Candelaria IV Etapa
Teléfono: 7180804-3134770939
Bogotá - Distrito Capital

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

De manera atenta informamos que después de haberse realizado un minucioso estudio por parte del Equipo Interdisciplinario de Calificación de la Nueva EPS S.A., se determina que la(s) patología(s): Q90 - SINDROME DE DOWN, F78 - RETRASO MENTAL MODERADO, fue(ron) calificada(s) como ENFERMEDAD COMUN, con un Porcentaje de Pérdida de la Capacidad Laboral (PCL) de:

Calificación	Porcentaje
Deficiencia	30,00
Discapacidad	5,70
Minusvalía	24,00
%Total	59,70%

La fecha de estructuración de la PCL es el 16 de Octubre de 2009 y el grado de severidad de la limitación Profunda. El tipo de discapacidad de acuerdo con el diagnóstico es Mental. Lo anterior para dar cumplimiento al artículo 163 de la Ley 100 de 1993, artículo 5 de la Ley 361 de 1997, el artículo 3 y 7 del Decreto 2463 de 2.001, y el artículo 1° del Decreto 4942 de 2009.

Cordialmente,

SANDRA MILENA ROZO HURTADO
GERENCIA REGIONAL SALUD
REGIONAL BOGOTA

Anexos: (1) Folio
Original: Medicina Laboral - Regional Bogotá
Copia: Coordinador de Afiliaciones
Elaboró: Ingrid O.



Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DOMICILIARIA	OFICINA DEL CLIENTE
7 115 115	115	5 894 894	

¿Cómo pagar tu factura?

Medios electrónicos

Cervajal · RED CADE · enel · puntored · éxito

* Puntos de pago donde se reciben facturas vencidas. ** Excepto Centro de Servicio Chapinero y Calle 80.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G: 231.59 T: 33.62 D: 191.58 Cv: 47.80 PR: 41.04 R: -3.06 CF: 0.00 : $535.38 Costo kWh filas

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 24 FEB/2020

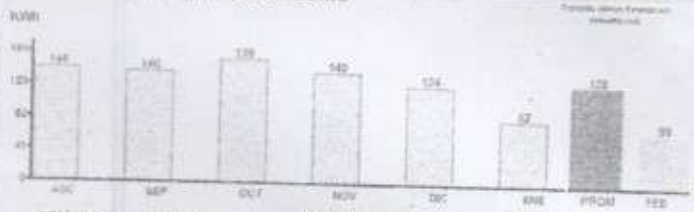
1368263-5

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 5612123-5

CLIENTE

CONJUNTO LA MILAGROSA
KR 49 F NO 58 D SUR - 56
CANDELARIA IV ETAPA
BOGOTA, D C
VERONA

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:
22 ENE/2020 A 20 FEB/2020

Valor Kwh prom.
$535.38

CONSUMO MES Kwh
69

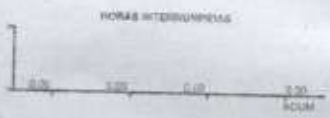
Presentas una variación en tu consumo habitual de Energía, te invitamos a consultar las posibles causas de la variación en nuestro sitio www.emd.com.co en la sección Personas/Información Destacada/Variación consumo

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000 1 18 117 0098
RUTA LECTURA:	1000 1 18 117 0102
MANZANA DE LECTURA:	MS00341249
MEDIDOR NO:	6030627
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0 kWh



Revisa constantemente que las instalaciones eléctricas como cables y enchufes estén en buen estado para evitar contactos directos con la electricidad y posibles cortocircuitos.

$15,820 + $0 = $18,820

PAGO OPORTUNO
03 MAR/2020

FECHA DE SUSPENSIÓN ①
05 MAR/2020

ENERGÍA

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 19 MAR/2020

ENERGÍA	46883	46593	90	$535.35		$48,241
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 69 Kwh X	Valor kWh $535.3629	X	Beneficio -40.00%		$-18,122
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISTRIBUIMOS, TE COSTÓ $48 DIARIOS					SUBTOTAL:	$18,819

Otros cobros asociados a energía

AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$1
SUBTOTAL:	$1

Intereses y Otros Cobros asociados a energía — ① TOTAL ENERGÍA: $18,820

Otros cobros de productos y servicios

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — ② TOTAL OTROS: $0

* Después de la fecha de PAGO OPORTUNO, se cobrarán intereses de mora hasta la fecha en que se haga el pago. Se suspenderá el servicio a partir de la fecha de suspensión, lo que generará cobro por concepto de reconexión.



¿SABES CÓMO SE TRANSFORMA TU ENERGÍA?

Inscribiéndote a la Factura Virtual Enel-Codensa y pagándola de forma fácil, rápida y segura aun si está vencida, a través del Botón de Pago PSE.

Inscríbete en
www.enel.com.co/es/personas/factura-virtual
Cualquiera que sea tu energía, hay una solución Enel-Codensa para ti.

What's your power?

PAGO OPORTUNO 03 MAR/2020

TOTAL A PAGAR $18,820

(415)7707206914253(8020)011368265583122335039003(3900)0000018820

NÚMERO DE CLIENTE 1368263-5

Factura de Servicios Públicos No. 583122335-0

Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: VENDOREX (vencedores por excelencia)
DIRECTOR/REPRESENTANTE: Florinda Gonzalez Triana
DIRECCION: Kra 48A Nº 68F-14 Sur
BARRIO: Verona UPZ 70
LOCALIDAD: Ciudad Bolivar
TELÉFONO FIJO: 7613980 CELULAR: 3134831725-3023022254
E-MAIL: florindagonzalez1019@gmail.com florisis.58@hotmail.com

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☒ MÚSICA ☐ TEATRO ☐

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:
☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
☐ Indígena
☐ Ninguna
☐ Raizal O Palenquero
☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Paola carolina peña	53.094695	calle 58 sur Nº 24-21	4559632
Yaneth Reyes	52.936802	calle 59a sur Nº 19D-15	3042150764
Claudia Marcela Montero	1.024486357	Dg 62B Nº 19596	3192350108
Nolazaide Rico	52243044	calle 63 Nº 37-15 Sur	7183200
Johana pabla gonzalez	1.024547798	calle 69B Bis Nº 20F-55	3216382720
Evert plin Montenegro	79755217	tra 22I-64E-2854	7152113
Cristian Valero	1.024494090	calle 73A Nº 27B-11	3209683059
Oscar Soriano	1.024555140	carrera 48A # 68F 14S	314 3027198
Herberth Zuluaga	1.022934357	C 178A # 45-63	3125500159
Edwin Alexander Guzman	1.024512391	tra 33 # 58 C 33 S	3118020299

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolivar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 53.094.695
PEÑA BOCIGAS
APELLIDOS
PAOLA CAROLINA
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA

CC 19118723 A

PEÑA BOCIGAS PAOLA CAROLINA — CC 53094695 — BENEFICIARIO

UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL- BARRIOS UNIDOS — 4872929 — ********

******** — 01/08/2008


FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
06-OCT-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500119-42120840-F-0053094695-20040122 02931 04022P 02 153017605

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.936.802
REYES RACEDO
APELLIDOS
BETTY JANETH
NOMBRES

Bety Reyes Recedo
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-MAY-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00151276-F-0052936802-20090303 0010094010A 1 1330040692

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52936802
NOMBRES	BETTY JANETH
APELLIDOS	REYES RACEDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA - COMFACUNDI	SUBSIDIADO	11/01/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	04/11/2018 12:47:32	Estación de origen:	181.54.251.167

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.024.486.357
MONTOYA
CLAUDIA MARCELA
Claudia Montoya


FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
19-DIC-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Puesto Salud de la Venta

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 07/22/2016 14:44:16
Estación de origen: 186.80.116.106

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1024486357
NOMBRES	CLAUDIA MARCELA
APELLIDOS	MONTOYA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA - COMFACUNDI	SUBSIDIADO	05/08/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.243.044

RICO GOMEZ
APELLIDOS

NOLA SAIDE
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

23-ABR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500119-47152852-F-0052243044-20061019 02845 08292A 02 214787554

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR
CC 20287636

CATEGORÍA
B

DATOS DEL AFILIADO
RICO GOMEZ NOLA SAIDE

CC 52243044

TIPO AFILIADO
Beneficiario

I.P.S. PRIMARIA
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL

DISCAPACIDAD
MENTAL O PSIQUICA

URGENCIAS HASTA
****

FECHA DE AFILIACIÓN
03/09/2004

VIGILADO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.024.547.798
GONZALEZ JIMENEZ
APELLIDOS
JOHANNA PAOLA
NOMBRES
FIRMA

15


FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
06-ENE-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1024547798
NOMBRES	JOHANNA PAOLA
APELLIDOS	GONZALEZ JIMENEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD E.P.S.	SUBSIDIADO	02/04/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/26/2018 18:06:49	Estación de origen:	190.26.35.4

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA





Aliansalud eps

1

PUIN MONTENEGRO
HEBERT ALEXANDER
Contrato:CC-41564232
Identificación:CC-79755217
Fecha Afiliación: 01 / 11 / 2017
Tipo de Afiliado:BENEFICIARIO

Discapacidad

Dirección
Calle 73 A # 27 B - 11 Sur
Barrio Bella Flor
Teléfono
2900064
3044548457

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
Nit 900.298.372-9
CÓDIGO EPS534

capital salud EPS-S

CRISTIAN ESTEFAN VALERO RAMOS
CC 1024494080 Sexo: M Fecha Nac. 25/04/1989
Dat Cabeza Familia CC21205960 Contrato No: 72515-1 1001
Fecha de afiliación: 01/05/2013 Valida hasta: indefinido
Copago: NO Dac. N Hijos: 1 No ficha sisben: 943537 1
BOGOTA BOGOTA Cl 73 N 27 B - 11 SUR Zona: U
Localidad 19 Dir Cl 73 N 27 B - 11 SUR BELLA FLOR
IPS Medica HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
IPS Odontologica HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
jennyroa 2104100145706 31870762

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.024.494.080
APELLIDOS VALERO RAMOS
NOMBRES CRISTIAN ESTEFAN
FIRMA Cristian valero





FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-AGO-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500119-47164185-M-1024494080-20071113 00454073170 02 239080084

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.555.140**

SORIANO PINILLA

APELLIDOS

OSCAR STEVEN

NOMBRES

Oscar Soriano

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-AGO-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00833449-M-1024555140-20160527 0049931166A 1 1233929603

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900 268 372-9
CARNÉ O. SPS334

capital

OSCAR STEVEN SORIANO PINILLA
CC 1024555140 Sexo: M Fechanac: 06/27/1994
Doc Cabeza Familia: CC 1024555140 Contrato No : 11101-01
Fecha de afiliación: 06/27/1994 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Usc: N Nivel:1 No ficha sisben:4425950-1
BOGOTA BOGOTA Zona:U
Localidad 19 Dir.:CL 76 SUR 41 26 POTOSI
IPS Medica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7450404
IPS Odontologica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7677MC4
Pagina WEB 5/804?720193504 34969437



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.022.934.357
ZULUAGA PEÑUELA
APELLIDOS
HERBERT EDILSON
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
21-JUN-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500105-47139861-M-1022934357-20050816 0184605228N 02 201409305



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.37[illegible]
CODIGO EPS034
capital
HERBERT EDILSON ZULUAGA PEÑUELA
CC 1022934357 Sexo: M FechaNac: 06/22/1984
Doc Cabeza Familia: CC 1022934357 Contrato No : CCOM
Fecha de afiliación: 06/22/1984 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc: N Nivel:0 No ficha sisben: 168679-1
BOGOTA BOGOTA Zona:U
Localidad 19 Dir.:CLL 78 A N 45-63 SUR POTOSI
IPS Medica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
IPS Odontologica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
Ficha WEB 45031120164310 34968368



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.512.391

GUZMAN MORALES

APELLIDOS

EDWIN ALEXANDER

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

05-ENE-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-00153757-M-1024512391-20090327 0010534165A 1 26732722

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1024512391
NOMBRES	EDWIN ALEXANDER
APELLIDOS	GUZMAN MORALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	13/12/2007	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/09/2019 19:38:06	Estación de origen:	190.24.58.95

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: NUEVOS LIDERAZGOS PARTICIPATIVOS
DIRECTOR/REPRESENTANTE: MAURICIO ROCHA LOPEZ
DIRECCION: CLL 62D SUR 74-79
BARRIO: RINCON DE GALICIA UPZ PERDOMO
LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR
TELÉFONO FIJO: NO TENGO CELULAR:3503954339
E-MAIL: MAURICIOROCHAL_2017@HOTMAIL.COM

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☐ MÚSICA ☒ TEATRO

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:
☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
☐ Indígena
☐ Ninguna
☐ Raizal O Palenquero
Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
MAURICIO ROCHA LOPEZ	80207696	CLL62D SUR 74-79	3503954339
BELTRAN ROJAS VICTOR ANTONIO	79517126	CLL 62D SUR 74-79	3503954339
JAIRO ALARCON MOLINA	80274010	CLL 62D SUR 74-79	3503954339

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

FIRMA DEL
DIRECTOR/*REPRESENTANTE*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.207.696**

ROCHA LOPEZ

APELLIDOS

MAURICIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-DIC-1980**

RONCESVALLES
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-OCT-2000 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1524700-00376236-M-00802(7696-20120516 0029932737A 1 1701750840

Scanned by CamScanner

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	80207696
NOMBRES	MAURICIO
APELLIDOS	ROCHA LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD E.P.S.	SUBSIDIADO	09/04/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión: [illegible] | Estación de origen: [illegible]

enel codensa

CODENSA S.A. ESP
NIT: 830.037.248-6
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

3293209-3

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. **S82675804-0**

30021

CLIENTE

30021

RUTH ADRIANA FRANCO ALVAREZ
CL 62 A SUR NO 73 C - 21 BQ 15 AP 457
ARMARIO
BOGOTÁ, D.C.
GALICIA

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
18 ENE/2020 A 17 FEB/2020	$535.38	71

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 1 15 122 0555
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 1 15 122 0556
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00242722
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	173054
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





Contáctanos

ENERGÍA
SERVICIO AL CLIENTE
7 115 115

EMERGENCIAS
115

DENUNCIAS
5 894 894
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com

www.enel.com.co
@CodensaEnergia
App Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergia

Con Crédito Fácil CODENSA ¡Puedes!

Scotiabank. COLPATRIA

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:231.59 T: 33.62 D: 151.28 CV: 47.89 PR: 41.04 R: -0.06 CF: 0.00 / $535.38 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 4010-2 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 3569 de Diciembre de 1997. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 010 DE 1995.

Usted puede elegir libremente a su comercializador. Si desea información sobre comercializadores, consulte en www.enel.com.co/elegir

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 20 FEB/2020

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Pagina 1 de 3

Vence el pago en un Comercial Bancario, sirve al interesado que envíe el recibo como soporte del pago. El texto del comprobante no es soporte válido en caso de reclamo. Factura y servicios de valor agregado es CODENSA S.A. ESP. NIT: 830.037.248-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicio Públicos Domiciliarios.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 80.274.010
ALARCON MOLINA

APELLIDOS
JAIRO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1967
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

18-JUL-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00981007-M-0080274010-20171205 0058714544A 1 49633066

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **CC 80274010**	
Paciente: **JAIRO ALARCON MOLINA**	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **14/06/1967**	
Edad y género: **52 Años, Masculino**	
Identificador único: **455910**	Responsable: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS**

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clinica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clinicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 14/12/2019 07:57 - Ambulatoria - Sede: INSTITUTO ROOSEVELT - Ubicación: C.EXT. SEGUNDO SOTANO

Nota Junta Medica - MEDICINA FISICA Y REHABILITACI

Paciente de 52 Años. Género Masculino

Diagnósticos activos antes de la nota: PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD (En Estudio).

Observaciones: JUNTA DE SEDESTACION
Edad: 52 años
Residente: Bogotá
Asiste con: José Alarcón, papá

Paciente asiste a junta de sedestación con diagnósticos:
1. Síndrome debilidad crónica generalizada (proximal y distal)
2. Temblor secuelar
3. Secuelas de Neurosifilis del 2017?

Motor grueso: marcha terrenos muy cortos con marcada dificultad por temblor con caminador
Destreza manual: maneja botones y cremalleras con marcada dificultad
Comunicación: disartria, inteligibilidad 70%
Independencia: requiere ayuda para comer, vestido, baño

En junta de sedestación 16/11/2019 se ordenó:

SILLA DE RUEDAS MOTORIZADA CON EJE POSTERIOR, LIVIANA, PLEGABLE, LAS ESPECIFICACIONES ANTERIORES AJUSTADAS A LA MEDIDA DEL PACIENTE, CONTROL POR JOYSTICK DE VELOCIDAD PROGRAMABLE UBICADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. SISTEMA DE MOTOR DUAL DOBLE BATERÍA. ESPALDAR DE TENSION REGULABLE MEDIO ESCAPULAR, ASIENTO DE TENSION REGULABLE COJIN BASICO ESPUMA DE DENSIDAD MEDIA,CON BARRA PREISQUIAL, CON CUÑAS LATERALES DE MUSLOS. APOYA BRAZOS GRADUABLES EN ALTURA Y REMOVIBLES, APOYA PIES GRADUABLES EN ALTURA Y REMOVIBLES BIPODAL, CINTURÓN PÉLVICO DE 2 PUNTOS POSICIONADO A 45 GRADOS, BANDA TIBIAL POSTERIOR CANTIDAD UNO (1)

Refiere no le fue autorizado por la EPS. Solicitan MIPRES

EVALUACIONES FUNCIONALES:
Marzo 2019
POWER - MOBILITY INDOOR DRIVING ASSESSMENT (PIDA)
HABITACION 16 /16
BAÑO 14/16
PUERTAS 15/16
ASCENSOR 11/12
PARQUEO 16/16
RAMPAS 8/8
HABILIDAD DE MANEJO 34/36

PUNTUACION TOTAL: 114 / 120

FEBRERO 2019:
Escala de clasificación internacional de Ataxia icars
Puntuación Estática 31
Puntuación Cinético 37
Puntuación Disartria 1

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 14/12/2019 08:09:40

Roosevelt

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **CC 80274010**	
Paciente: **JAIRO ALARCON MOLINA**	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **14/06/1967**	
Edad y género: **52 Años, Masculino**	
Identificador único: **455910**	Responsable: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS**

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Puntuación Movimientos Oculomotres 0
Total Ataxia 69
No se realizan pruebas físicas y estabilometria ya que paciente no mantiene bípedo independiente.

6 MINUTOS EN SILLA DE RUEDAS
FC INICIAL 81 lpm
FC FINAL 108 lpm

TIEMPO	ACUM	POR MIN	FC
1 MIN	22	22	97
2 MIN	40	18	102
3 MIN	52	12	104
4 MIN	64	12	105
5 MIN	80	16	105
6 MIN	92	12	108
IGE	1, 57		
BORG	8/10		

PARACLINICOS:
23/04/2018 Resonancia magnética cervical y torácica: discopatía cervical con incipientes cambios atrósicos uncales y apofisiarios izquierdos. Leve discopatía dorsal, en t9-t10 hernia discal protruida posterolateral derecha no compresiva. Cambios artrósicos apofisiarios.
03/04/2018: Emg y ncd: Estudio negativo para lesión de nervio periférico o radiculopatía de los segmentos evaluados.

BARRERAS ARQUITECTONICAS: Viven en casa de 1 pisos, calles pavimentadas, no hay escalones al ingreso

EXAMEN FISICO:
Despierto, orientado en persona, lugar y tiempo; comprende, nomina y repite; abstracción, juicio, cálculo y memoria sin alteraciones; fuerza 4/5 en las 4 extremidades; reflejos 2+/4+ generalizados, con respuesta plantar flexora bilateral; tono y trofismo normal, Sensibilidad: superficial, profunda y cortical sin alteraciones; Coordinación sin evidencia de signos de ataxia axial ni apendicular; aparenta dismetria, aunque la alteración es en todo el rango del movimiento, no solo distal; adicionalmente, los hallazgos se suprimen significativamente con maniobras de distracción; Marcha: inestable, con lateropulsión a ambos lados, AUNQUE sin evidencia de aumento del polígono de sustentación en la bipedestación ni durante la marcha

CONCEPTO DE LA JUNTA:
Paciente con cuadro de debilidad crónica y temblor, no definida la etiología de estos síntomas, se sospechó neurosifilis pero no quedó totalmente claro este diagnóstico. Hay alteraciones marcadas de la marcha y dependencia funcional. Se realizó prueba de campo silla de ruedas manual con bajo rendimiento. Prueba de campo silla de ruedas motorizada la cual tuvo alto puntaje. Por lo que se ordenó silla de ruedas motorizada, refiere padre que EPS solicita mipres.

Se vuelve a explicar a padre y paciente que actualmente este sistema no está cubierto por el POS y no se encuentra en APLICATIVO MIPRESS por lo cual no se puede tramitar por este medio. Las sillas de ruedas están nominadas por el ministerio para estudio de exclusión. Por lo anterior se explica a familiares que debe ser cubierta por recursos propios de las familias o subsidios. Atendiendo las disposiciones de la ley 715 de 2001, las entidades territoriales, podrán disponer de los recursos del Sistema General de Participaciones de propósito general para financiar elementos como las sillas de ruedas, sillas de baño y otras ayudas técnicas que hacen parte de las políticas de inclusión y rehabilitación de personas en condición de discapacidad.

- POR FAVOR NO SOLICITAR A LOS FAMILIARES QUE LES ENTREGUEMOS FORMATOS NO POS o FORMULA DE MIPRES, YA QUE COMO BIEN SABEN ESTOS YA NO EXISTEN A PARTIR DE LA ENTRADA DE VIGENCIA DEL MIPRES Y LAS SILLAS DE RUEDAS NO ESTAN INCLUIDAS EN EL MIPRES
  Se entregan formulas, copia de historia clinica. NO SE ENTREGA NO POS (YA NO ESTAN VIGENTES), NO SE DILIGENCIA MIPRES (NO EXISTE ESTE DISPOSITIVO EN EL SISTEMA).

Se ratifica prescripción:
SILLA DE RUEDAS MOTORIZADA CON EJE POSTERIOR, LIVIANA, PLEGABLE, LAS ESPECIFICACIONES ANTERIORES AJUSTADAS A LA MEDIDA DEL PACIENTE, CONTROL POR JOYSTICK DE VELOCIDAD PROGRAMABLE UBICADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. SISTEMA DE MOTOR DUAL DOBLE BATERÍA. ESPALDAR DE TENSION REGULABLE MEDIO ESCAPULAR, ASIENTO DE TENSION REGULABLE COJIN BASICO ESPUMA DE DENSIDAD MEDIA CON BARRA PREISQUIAL, CON CUÑAS

Roosevelt

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **CC 80274010**	
Paciente: **JAIRO ALARCON MOLINA**	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **14/06/1967**	
Edad y género: **52 Años, Masculino**	
Identificador único: **455910**	Responsable: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS**

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

LATERALES DE MUSLOS. APOYA BRAZOS GRADUABLES EN ALTURA Y REMOVIBLES, APOYA PIES GRADUABLES EN ALTURA Y REMOVIBLES BIPODAL, CINTURÓN PÉLVICO DE 2 PUNTOS POSICIONADO A 45 GRADOS, BANDA TIBIAL POSTERIOR CANTIDAD UNO (1)

2. JUNTA DE SEDESTACION CONTROL CON LA SILLA DE RUEDAS ORDENADA

INTEGRANTES DE LA JUNTA
Sandra Milena Castellar Leones. Fisiatra
Francisco Zuluaga. Ortesista-Protesista
Maria Fernanda Camacho Fisioterapeuta
Email: juntadesedestacion@gmail. com.

Firmado por: SANDRA MILENA CASTELLAR LEONES, MEDICINA FISICA Y REHABILITACI, Registro 45564674, CC 45564674

Sandra Milena Castellar Leones
Medica Fisiatra
U. Nacional
CC 45564674
R.M. 54762007

Maria Fernanda Camacho Bozzoegro
Fisioterapeuta
U. Rosario
INSTITUTO ROOSEVELT TP 1016031495

Francisco Luis Zuluaga Osorio
Licenciado Ortesista
Protesista
Unsam Argentina

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 14/12/2019 08:09:40

Roosevelt

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **CC 80274010**	
Paciente: **JAIRO ALARCON MOLINA**	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **14/06/1967**	
Edad y género: **52 Años, Masculino**	
Identificador único: **455910**	Responsable: **SANITAS E.P.S**

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

5 MIN	80	16	105
6 MIN	92	12	108
IGE	1, 57		
BORG	8/10.		

PARACLINICOS:
23/04/2018 Resonancia magnetica cervical y torácica: discopatía cervical con incipientes cambios atrósicos uncales y apofisiarios izquierdos. Leve discopatía dorsal, en t9-t10 hernia discal protruída posterolateral derecha no compresiva. Cambios artrósicos apofisiarios.
03/04/2018: Emg y ncd: Estudio negativo para lesión de nervio periférico o radiculopatía de los segmentos evaluados.

BARRERAS ARQUITECTONICAS: Viven en casa de 1 pisos, calles pavimentadas, no hay escalones al ingreso

EXAMEN FISICO:
Despierto, orientado en persona, lugar y tiempo; comprende, nomina y repite; abstracción, juicio, cálculo y memoria sin alteraciones; fuerza 4/5 en las 4 extremidades; reflejos 2+/4+ generalizados, con respuesta plantar flexora bilateral; tono y trofismo normal, Sensibilidad: superficial, profunda y cortical sin alteraciones; Coordinación sin evidencia de signos de ataxia axial ni apendicular; aparenta dismetría, aunque la alteración es en todo el rango del movimiento, no solo distal; adicionalmente, los hallazgos se suprimen significativamente con maniobras de distracción; Marcha: inestable, con lateropulsión a ambos lados, AUNQUE sin evidencia de aumento del polígono de sustentación en la bipedestación ni durante la marcha

CONCEPTO DE LA JUNTA:
Paciente con cuadro de debilidad crónica y temblor, no definida la etiología de estos síntomas, se sospechó neurosífilis pero no quedó totalmente claro este diagnostico. Hay alteraciones marcadas de la marcha y dependencia funcional. Se realizo prueba de campo silla de ruedas mal con bajo rendimiento. Prueba de campo silla de ruedas motorizada la cual tuvo alto puntaje. Por lo que se ordena silla de ruedas motorizada:

- SILLA DE RUEDAS MOTORIZADA CON EJE POSTERIOR, LIVIANA, PLEGABLE, LAS ESPECIFICACIONES ANTERIORES AJUSTADAS A LA MEDIDA DEL PACIENTE, CONTROL POR JOYSTICK DE VELOCIDAD PROGRAMABLE UBICADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. SISTEMA DE MOTOR DUAL DOBLE BATERÍA. ESPALDAR DE TENSION REGULABLE MEDIO ESCAPULAR, ASIENTO DE TENSION REGULABLE COJIN BASICO ESPUMA DE DENSIDAD MEDIA CON BARRA PREISQUIAL, CON CUÑAS LATERALES DE MUSLOS. APOYA BRAZOS GRADUABLES EN ALTURA Y REMOVIBLES, APOYA PIES GRADUABLES EN ALTURA Y REMOVIBLES BIPODAL, CINTURÓN PÉLVICO DE 2 PUNTOS POSICIONADO A 45 GRADOS, BANDA TIBIAL POSTERIOR CANTIDAD UNO (1)

Actualmente este sistema no está cubierto por el POS y no se encuentra en APLICATIVO MIPRESS por lo cual no se puede tramitar por este medio. Las sillas de ruedas están nominadas por el ministerio para estudio de exclusión. Por lo anterior se explica a familiares que debe ser cubierta por recursos propios de las familias o subsidios. Atendiendo las disposiciones de la ley 715 de 2001, las entidades territoriales, podrán disponer de los recursos del Sistema General de Participaciones de propósito general para financiar elementos como las sillas de ruedas, sillas de baño y otras ayudas técnicas que hacen parte de las políticas de inclusión y rehabilitación de personas en condición de discapacidad.

POR FAVOR NO SOLICITAR A LOS FAMILIARES QUE LES ENTREGUEMOS FORMATOS NO POS o FORMULA DE MIPRES, YA QUE COMO BIEN SABEN ESTOS YA NO EXISTEN A PARTIR DE LA ENTRADA DE VIGENCIA DEL MIPRES Y LAS SILLAS DE RUEDAS NO ESTAN INCLUIDAS EN EL MIPRES

Se entregan formulas, copia de historia clínica. NO SE ENTREGA NO POS (YA NO ESTAN VIGENTES). NO SE DILIGENCIA MIPRES (NO EXISTE ESTE DISPOSITIVO EN EL SISTEMA)

2. JUNTA DE SEDESTACION CONTROL CON LO ORDENADO

INTEGRANTES DE LA JUNTA
Sandra Milena Castellar Leones. Fisiatra
Francisco Zuluaga. Ortesista-Protesista
Lina Ramirez. Fisioterapeuta
Email: juntadesedestacion@gmail. com.

Firmado por: SANDRA MILENA CASTELLAR LEONES, MEDICINA FISICA Y REHABILITACI, Registro 45564674, CC 45564674

Firmado electrónicamente

Roosevelt

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **CC 80274010**	
Paciente: **JAIRO ALARCON MOLINA**	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **14/06/1967**	
Edad y género: **52 Años, Masculino**	
Identificador único: **455910**	Responsable: **SANITAS E.P.S**

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 16/11/2019 08:01 - Ambulatoria - Sede: INSTITUTO ROOSEVELT - Ubicación: C.EXT. SEGUNDO SOTANO

Nota Junta Medica - MEDICINA FISICA Y REHABILITACI

Paciente de 52 Años, Género Masculino

Diagnósticos activos antes de la nota: PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD (En Estudio).

Observaciones: JUNTA DE SEDESTACION
Edad: 52 años
Residente: Bogotá
Asiste con: José Alarcón, papá

Paciente asiste a junta de sedestación con diagnósticos:
1. Síndrome debilidad crónica generalizada (proximal y distal)
2. Temblor secuelar
3. Secuelas de Neurosifilis hace 2 años?

Motor grueso: marcha terrenos muy cortos con marcada dificultad por temblor con caminador, traslados dentro de la casa y fuera de la casa con la silla de ruedas manual donada por alcaldia local refiere no logra buena propulsión por la debilidad de miembros superiores y temblor. Remitido de junta de neuromusculares para prescripción de silla motorizada
Destreza manual: maneja botones y cremalleras con marcada dificultad
Comunicación: disatria
Independencia: requiere ayuda para comer, vestido, baño

EVALUACIONES FUNCIONALES:
Marzo 2019
POWER - MOBILITY INDOOR DRIVING ASSESSMENT (PIDA)
HABITACION 16 /16
BAÑO 14/16
PUERTAS 15/16
ASCENSOR 11/12
PARQUEO 16/16
RAMPAS 8/8
HABILIDAD DE MANEJO 34/36

PUNTUACION TOTAL: 114 / 120

FEBRERO 2019:
Escala de clasificacion internacional de Ataxia icars

Puntuación Estatica	31
Puntuación Cinético	37
Puntuación Disatria	1
Puntuación Movimientos Oculomotres	0
Total Ataxia	69

No se realizan pruebas fisicas y estabilometria ya que paciente no mantiene bipedo independiente.

6 MINUTOS EN SILLA DE RUEDAS
FC INICIAL 81 lpm
FC FINAL 108 lpm

TIEMPO	ACUM	POR MIN	FC
1 MIN	22	22	97
2 MIN	40	18	102
3 MIN	52	12	104
4 MIN	64	12	105

Firmado electrónicamente

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL
Roosevelt

IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: 80274010	
Paciente: JAIRO ALARCON MOLINA	
Edad: 52 AÑOS	Financiador: SANITAS

BOGOTA 16/11/2019

ORDEN MÉDICA

SILLA DE RUEDAS MOTORIZADA CON EJE POSTERIOR, LIVIANA, PLEGABLE, LAS ESPECIFICACIONES ANTERIORES AJUSTADAS A LA MEDIDA DEL PACIENTE, CONTROL POR JOYSTICK DE VELOCIDAD PROGRAMABLE UBICADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. SISTEMA DE MOTOR DUAL DOBLE BATERÍA. ESPALDAR DE TENSION REGULABLE MEDIO ESCAPULAR, ASIENTO DE TENSION REGULABLE COJIN BASICO ESPUMA DE DENSIDAD MEDIA CON BARRA PREISQUIAL, CON CUÑAS LATERALES DE MUSLOS. APOYA BRAZOS GRADUABLES EN ALTURA Y REMOVIBLES, APOYA PIES GRADUABLES EN ALTURA Y REMOVIBLES BIPODAL, CINTURÓN PÉLVICO DE 2 PUNTOS POSICIONADO A 45 GRADOS, BANDA TIBIAL POSTERIOR CANTIDAD UNO (1)

MIEMBROS DE LA JUNTA

SANDRA MILENA CASTELLAR. FISIATRIA

LINA RAMIREZ. FISIOTERAPIA

FRANCISCO ZULUAGA. ORTOPROTESISTA

EPS sanitas
CRUZ SALITRE
SERVICIO DE MEDICOS

NO POS

Lina E. Ramirez Pinilla
FISIOTERAPEUTA
U. ROSARIO
C.C. 1 026 002 214

Francisco Luis Zuluaga Osorio
Licenciado Ortesista
Protesista
Unsam- Argentina

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.151.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

43 ENERTIA CODENSA

CORRESPONSAL BANCARIO OCCIDENTE

REFERENCIA4[illegible]
[illegible]

NUMERO DE APROBACION 140323

Fecha: 22/02/2020 11:27:09
No: [illegible]
NUM. TRANSACCION [illegible]
Valor $86.530,00

"CORRESPONSAL BANCARIO PARA CORRESPONSAL BANCARIO OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. BC INTERMEDIOS 01 6000 517825

PS Recaudador: 000475 GALICIA ::

Cajero: YUPALEFO

Recibí Conforme: _____

C.C. _____



DENUNCIAS 5 894 894
DEFENSOR DEL CLIENTE

#CodensaEnergía #CodensaEnergía

Medios Electrónicos

APP Banco | Internet | Punto Pago Redeban | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | Botón de Pago Online | Móvil | Davivienda | Nequi

Corresponsales Bancarios | Red Dispersa | Centros de Servicio | Código QR

Carvajal | RED CADE | enel | puntored | exito | PONTUNA

Puntos de pago donde se reciben facturas vencidas. **Excepto Centro de Servicio Chapinero y Calle 80.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:231.59 T: 33.62 D: 161.28 CV: 47.80 PR: 41.24 R: -0.08 CF: 0.00 / $535.36 Costo kWh Mes

COMPONENTE REDUCCION CREG 015 DE 1995

Para mayor información comunicarse al 7 115 115. Operador de red CODENSA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0011 de Diciembre 1997

Esta factura se rotula gratis según lo dispuesto en el artículo 152 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 15011 consultar www.enel.com.co/es/codensa/CREG-15011.html

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual establece el Código de Medición, se sustituyeron componentes, intercambios y responsabilidades asignados a CODENSA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea 7 115 115, fuera de Bogotá al 01 800 912 115 o a nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 20 FEB/2020

20214

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT. 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

earth pact
ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1360359-6

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 582663967-6

CLIENTE

EMA BARRIOS
CL 62 D SUR NO 74 - 79
RINCON LA ESTANCIA
BOGOTÁ, D.C.
MARIA CANO

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
18 ENE/2020 A 17 FEB/2020	$535.38	142

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000 1 15 112 0076
RUTA LECTURA:	1000 1 15 112 0082
MANZANA DE LECTURA:	MS00242982
MEDIDOR NO:	25468066
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0 kWh



TIPS ESTUDIO DE LA ENERGÍA

Revisa constantemente que las instalaciones eléctricas como cables y enchufes esten en buen estado para evitar contactos directos con la electricidad y posibles cortocircuitos.

20214

12,143 - Page 1 of 2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 79.517.126
BELTRAN ROJAS

APELLIDOS
VICTOR ANTONIO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1969
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

06-OCT-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00986476-M-0079517126-20160424 0000912758A 1 9804096389

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
CONSULTA EXTERNA

N° INGRESO: 10310402 **FECHA DE INGRESO:** 27/11/2019 4:40:59 p. m.
FECHA DE FOLIO: 27/11/2019 4:59:31 p. m. **N° FOLIO:** 42

DATOS DEL PACIENTE

No. Historia Clínica:	79517126	**Tipo De Documento:**	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	VICTOR ANTONIO BELTRAN ROJAS	**Identificación:**	79517126 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	01/octubre/1969 **Edad Actual:** 50 Años \ 1 Meses \ 26 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	CL 51 S 8 27	**Teléfono:**	3002252794
Procedencia:	LOC. RAFAEL URIBE	**Ocupación:**	
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA - COMFACUNDI	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	UNICAJAS COMFACUNDI EPSS CAPITACION	**Nivel - Estrato:**	SUBSIDIADO NIVEL 2

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General		
Responsable:	0	**Dirección Responsable:**	0	**Religión:**	
Centro de Atención:	3BL - UMHES SAN BLAS	**Area de Servicio:**	3BLC31 - SAN BLAS CONSULTA EXT Y PROCEDIMIENTOS CONSULTA ORT		
Nombre Acudiente:		**Telefono Acudiente:**		**Responsable:**	
Nivel Educativo:		**Etnia:**	**Discapacidad:**	**Tipo Discapacidad:**	

MOTIVO DE CONSULTA
DOLOR

ENFERMEDAD ACTUAL
refiere dolor en rodillas tobillos y hombros, limitacion funcional

ANTECEDENTES
Tipo: Otros Fecha: 11/11/2016
Detalle: PAT. DM TIPO 2 , HTA. HIPOTIROIDISMO FX: LOSARTAN, METFORMINA, LEVOTIROXINAOSTEOSISNTESSI DE TIBIA Y PERONE
Tipo: Médicos Fecha: 20/01/2017
Detalle: urolitiasis
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 18/04/2017
Detalle: LUXOFRACTURA DE TIBIA Y PERENE
Tipo: Familiares Fecha: 18/04/2017
Detalle: MADRE DM PADRE HTA
Tipo: Otros Fecha: 18/10/2017
Detalle: NIEGA OTROS
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 17/01/2018
Detalle: LUXOFRACTURA DE TIBIA Y PERENE, COLECISTECTOMIA
Tipo: Otros Fecha: 17/01/2018
Detalle: NIEGA NUEVOS
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 18/04/2018
Detalle: NIEGA NUEVOS
Tipo: Otros Fecha: 01/08/2018
Detalle: NO
Tipo: Otros Fecha: 02/11/2018
Detalle: NO
Tipo: Alérgicos Fecha: 06/02/2019
Detalle: NO
Tipo: Otros Fecha: 02/05/2019
Detalle: NO
Tipo: Otros Fecha: 14/11/2019
Detalle: NO
Tipo: Otros Fecha: 19/11/2019
Detalle: NO
Tipo: Tóxicos Fecha: 06/02/2019 Ninguno
Detalle: NO

PACIENTE EDAD REPRODUCTIVA NO

PLANIFICA		DESEA O PLANEA UN EMBARAZO		SE REMITE A CONSULTA:	

SINTOMATICO RESPIRATORIO **NO**

Tos Mayor de 15 Dias	Convive Con Tosedor	
Tos Seca	Antecedentes de Baciloscopia	Examen de BK

SINTOMATOCO DE PIEL **NO**

Mancha Hipocromica	Área Hipoanestesica:
Placas Eritematosas	Ulcera Redondeada con centro Granulomatoso Indoloro

LABORATORIOS Y PARACLINICOS
REVISIÓN POR SISTEMAS

VERSION DE DEMOSTRACIÓN - USO NO COMERCIAL, Favor Comunicarse Con Sistemas y Asesorias de Colombia.

Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR

CONTRATO 346 DE 2019

ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: MI MUNDOESPECIAL
DIRECTOR/REPRESENTANTE: Luz Miryam Montenegro
DIRECCION: Johanna BARRIO: Rincón de la Estancia UPZ Perdomo
LOCALIDAD: 19 Ciudad Bolívar
TELÉFONO FIJO: _2 66 8432_CELULAR: 3227636701
E-MAIL: mimundoespecial43@gmail.com

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☐ MÚSICA ☒ TEATRO ☒

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

- ☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
- ☐ Indígena
- ☒ Ninguna
- ☐ Raizal O Palenquero
- ☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Salazar Suluaga Hilda Libia	51 748 915	Calle 65 Sur 72 F 05	3142685263
Lozano Salazar Iván Darío	1.024467600	Calle 65 Sur 72 F 05	3142685263
Lozano Salazar Johanna Andrea	53088219	Calle 65 Sur 72 F 05	3144171546
Luz Miryam Montenegro	20904017	Transv. 74 F # 62 A10 Sur	3227636701
Luis David Rosero Montenegro	1000791685	Transv. 74 F # 62 A10 Sur	3227636701
Carmen Ortiz Rivera	66776408	Calle 42 # 45- 15	3208574359
Rocio Tapiero Montiel	3143372303	Clle 68 B Sur # 73 A 20	3143372303

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

cc. 26904017

FIRMA DE
DIRECTOR/REPRESENTANTE



FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1986

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-OCT-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500119-42132912-M-1024467600-20041224 04037 04359A 02 179035824



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.467.600

LOZANO SALAZAR
APELLIDOS

IVAN DARIO
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ME - USS MEISSEN
NIT: 900958564

Fecha de Registro: 27/08/19 3:24 p.m. **Nº Historia Clínica** 1024467600 **Nº Folio:** 8 **Cama:** **Ingreso:** 5812962

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

DATOS DEL PACIENTE

Identificación:	1024467600	**Nombres:**	IVAN DARIO LOZANO SALAZAR	**Tipo Doc:**	Cédula_Ciudadanía
F. Nacimiento:	04/04/1986	**Edad Actual:**	33 Años \ 4 Meses \ 23 Días	**Sexo:**	Masculino
Estado Civil:	Soltero	**Ocupación:**	Otras Oupaciones	**Teléfono:**	7197282-3142685263
Dirección:	CLL 65 SUR 72F 05	**Procedencia:**	CIUDAD BOLIVAR - VENECIA - EDIFICIO FÁBRICA EL CONDOR		

DATOS AFILIACIÓN

Entidad:	UNICAJAS - ARS-COMFACUNDI	**Plan:**	UNICAJAS EPS SUBSIDIADA EVENTO 2019
Nivel/Estrato:	SUBSIDIADO NIVEL 2	**Regimen:**	SUBSIDIADO EVENTO

DATOS DEL INGRESO

Ingreso Por: Consulta_Externa **Fecha Ingreso:** 27/08/2019 03:17:23 p.m. **Tipo Ingreso:** Ambulatorio

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombres: **Teléfono:**

DATOS DE LA ATENCIÓN

Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de la Consulta:** No_Aplica

Área Servicio: CONS NEUROLOGIA Y NEUROPEDIATRIA - USS MEISSEN

Acompañante: HILDA SALAZAR (MADRE) **Ocupación:** .

Teléfono(s):

El paciente tiene algún tipo de discapacidad: Si **Cúal:**

MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de Consulta: NEUROLOGIA

Tipo de consulta: Medicina especializada

Enfermedad Actual: ASISTE A CONTROL REFIERE HABER PRESENTADO CRISI CUANDO NO DUERME BIEN

COME BIEN DUERME EN DIA EN NOCHE Y UNA VEZ POR S EMANA DUERME LA MAYOR PARTE DEL DIA BIEN COMPORTAMIENTO MODULADO

HC PREVIA
PACIENTE EN COMPAÑIA E LA MADRE, TIENE DIAGNOSTICO DE AUTISMO ADEMAS DE DESNUTRICION, QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO QUE INICIA A LOS 10 AÑOS DE EDAD CON EPISODIOS CONVULSIVOS CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS SEMIOLOGICAS: INICIA CON GRITA ICTAL, ALTERACION DEL TONO POSTURAL Y DEL ESTADO DE CONCIENCIA, SUPRAVERSION DE LA MIRADA, SIALORREA, MORDEDURA LINGUAL, POSTURAS TONICAS Y MOVIMIENTOS CLONICOS DE LAS 4 EXTREDMIDADES, NO RELAJACION DE ESFINTERES. DURACION: 2 MINUTOS A 3 MINUTOS, POSTERIOR SOMNOLENCIA

Revisión por Sistema: .

Análisis e interpretación de apoyo diagnostico: *** NO REALIZO NINGUN PARACLINICO

Transfusionales:

Tóxicos/ Alérgicos: ALERGIA A PENICILINA

Farmacológicos:

Quirúrgicos:

Traumáticos:

Médicos: AUTISMO, EPILEPSIA, DESNUTRICION

Familiares:

Medicamentos:

Inmunológicos:

Profesional GONZALEZ BOHORQUEZ JUAN

Registro Profesional 7180722

Especialidad NEUROLOGIA

Usuario: 7180722

Nombre reporte : HCRPHistoBase

DR. JUAN CARLOS GONZALEZ B.
NEUROLOGO - Cód. 7.180.722
Universidad Militar

FIRMA Y SELLO

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.088.219**

LOZANO SALAZAR

APELLIDOS

JOHANNA ANDREA

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-1983**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA **A+** G.S. RH **F** SEXO

01-ABR-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALANDO VACA

A-1500150-00838276-F-0053088219-20160630 0050291450A 1 1343978903

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

TN - USS TUNAL
NIT: 900958564

Fecha de Registro: 22/08/19 11:00 a. m. **N° Historia Clínica** 53088219 **N° Folio:** 5 **Cama:** **Ingreso:** 5784388

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

DATOS DEL PACIENTE

Identificación:	53088219	**Nombres:**	JOHANNA ANDREA LOZANO SALAZAR	**Tipo Doc:**	Cédula_Ciudadanía
F. Nacimiento:	29/12/1983	**Edad Actual:**	35 Años \ 7 Meses \ 24 Días	**Sexo:**	Femenino
Estado Civil:	Soltero	**Ocupación:**	Otras Oupaciones	**Teléfono:**	7197282/3142685263
Dirección:	CLL 65 SUR 72F 05	**Procedencia:**	CIUDAD BOLIVAR - VENECIA - EDIFICIO FÁBRICA EL CONDOR		

DATOS AFILIACIÓN

Entidad:	UNICAJAS - ARS-COMFACUNDI	**Plan:**	UNICAJAS EPS SUBSIDIADA EVENTO 2019
Nivel/Estrato:	SUBSIDIADO NIVEL 2	**Regimen:**	SUBSIDIADO EVENTO

DATOS DEL INGRESO

Ingreso Por: Consulta_Externa **Fecha Ingreso:** 22/08/2019 10:25:26 a. m. **Tipo Ingreso:** Ambulatorio

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombres: **Teléfono:**

DATOS DE LA ATENCIÓN

Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de la Consulta:** Deteccion_Alteracion_Adulto

Área Servicio: CONS ORTOPEDIA - USS EL TUNAL

Acompañante: - **Ocupación:** no

Teléfono(s): -

El paciente tiene algún tipo de discapacidad: No **Cúal:**

MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de Consulta: Por los pies

Tipo de consulta: Medicina especializada

Enfermedad Actual: Paciente con antecedente de PC espastica quien presenta deformidad progresiva de los artejos que le limita para la deambulacion desde los 15 años, llegando a la amputacion de una falange del hallux derecho por ulcera y osteosmielitis . No tratamiento previo .

Revisión por Sistema: niega

Análisis e interpretación de apoyo diagnostico: Rx del 4 de abril 2019 Rx de pies con artrodesis subtalar consolidada, material de osteosintesis estable, Meary 10° apoyo plantigrado, osteotomias desrotatorias en tibia bilateral consolidadas,

Transfusionales:
Tóxicos/ Alérgicos:
Farmacológicos:
Quirúrgicos:
Traumáticos:
Médicos:
Familiares:
Medicamentos:
Inmunológicos:
Psiquiátricos:
Ginecobstetricia:
Psicológicos:
Otros

SIGNOS VITALES

T.A: / mmHg **Media** mmHg F. C. 70 L*m F. R. 20 R*m **Temp.:** 37 °C

Peso: 42 Kg **Talla:** 1,50 MTS **IMC:** Kg/m2 **Estado General:** BUENO

Profesional LA ROTA MEJIA CARLOS OCTAVIO

Registro Profesional 79245590

Especialidad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Dr. Carlos La Rota
Ortopedia y Traumatología
CC/RM 79.245.590 SIC
RM 250295

Usuario: 23489921

Nombre reporte : HCRPHistoBase

FIRMA Y SELLO

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]


COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.748.915
SALAZAR ZULUAGA
APELLIDOS
HILDA LIBIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1963
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O-
G.S. RH
F
SEXO
18-MAR-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00134192-F-0051748915-20081206
0007566687A 1
9923920466

Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: Los Angeles de Pipe.
DIRECTOR/REPRESENTANTE: JENN FORTILLA
DIRECCION: DIA 93A SUR # 18A 60
BARRIO: NOCTURNO BMTO UPZ
LOCALIDAD: C. B.
TELÉFONO FIJO: CELULAR: 3124978863.
E-MAIL:

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☐ MÚSICA ☐ TEATRO ☐ TEONO

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

- ☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
- ☐ Indígena
- ☐ Ninguna
- ☐ Raizal O Palenquero
- ☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Diana Maria Baracaldo	1001270781	Dig 93 Asur # 18H71	3124978863
Geovanny Ortiz Carmona	1026552868	Tv 18L 93-09 Sur	3124978863
Oscar David Cardona	80216156	Tv 18 93-03 Sur	3124978863
Sara Mayordomo Paez	1024498032	Cr 18N 98-22 Sur	3208241998
Jonathan Andres Calderon	1033807049	Cr 18 N 98-22 Sur	3208241998
Laura Marcela Aponte	1140916279	Dig 93 Asur H 18H71	3124978863.
Alejandro Astros Gutierrez	1122132378	C/1 98 Sur #98 N10	3154949093
Diego Alexander Astros	1073158961	C/1 89 Sur # 18 N 10	3154949093.
Juan Sebastian Beltran	1033800756	Dg 91 A Bis Sur 18H73	3124978863
Valentina Alborracin	1021668716	C/1918 - Sur 18 H69	3124978863.
Andres Felipe Florez	1021673695	Dg 93 A Sur #18H71	3124978863.
Luz Mayerly Reyes	1014187020	Dg 91 B Bis Sur #18H17	3124978863

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.800.756**

BELTRAN ROMERO

APELLIDOS

JOAN SEBASTIAN

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-SEP-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-OCT-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00758455-M-1033800756-20151028 0047224168A 1 45244008

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.073.158.961
ASTROS GUTIERREZ
APELLIDOS
DIEGO ALEXANDER
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-2008
MADRID
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
12-JUN-2026 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
21-SEP-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-00753370-M-1073158961-20151005 0046742948A 2 1513591274



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.122.132.378
ASTROS GUTIERREZ
APELLIDOS
ALEJANDRO
NOMBRES

alejandro Astros
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-2010
ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
29-DIC-2028 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
13-AGO-2018 SAN JOSE DEL GUAVIARE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

fa alejandro astros

Y diego despues de la 4

ala ultima

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.140.916.279
APONTE CASTELLANOS

APELLIDOS
LAURA MARCELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-2007
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-FEB-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G.S RH

F
SEXO

14-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00641701-F-1140916279-20141116 0041152955A 1 1102885869

99



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.024.498.032
MAYORDOMO PAEZ
APELLIDOS
SARA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-2007
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-NOV-2025 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
25-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-00724493-F-1024498032-20150722 0045250987A 2 1102291936

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.552.868

ORTIZ CARMONA
APELLIDOS

GEOVANNY
NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-MAR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1503114-42136954-M-1026552868-20050504 0015 05124A 02 201613581

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO
NIT 830 239 372-9
CODIGO EPS034

capital salud EPS-S

GEOVANNY ORTIZ CARMONA
CC 1026552868 Sexo: M Fecha Nac.:30/01/1984
Doc Cabeza Familia:CC43519315 Contrato No.: 72515-11001
Fecha de afiliación: 03/11/2012 Valida hasta: Indefinido
Copago: NO Dto.N Nivel: 1 No ficha sisben:1653891 - 1
BOGOTA BOGOTA-MOCHUELO Zona:
Localidad:19 Dir.: MOCHUELO MOCHUELO BAJO
IPS Medica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
IPS Odontologica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
Promotor: 19011120130402 31723791



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.033.807.049
CALDERON PAEZ
APELLIDOS
JHONATAN ANDRES
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
03-JUN-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN CONTRIBUTIVO
NIT 830.113.831-0

SaludTotal

JHONATAN ANDRES CALDERON PAEZ

T - 98060156441	Cotizante C - 7160803
HIJO MENOR DE 18 AÑOS	Fecha Afil (M/D/A) 5/31/2011
Rango Salarial A	No. Radicación 101117489
Tipo de Discapacidad	Ninguna
Id Beneficiario:	88596701
Tel. Central de Citas medicas	4854555
Tel. Central de Citas Odontologicas	4854555

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80 216.156
CARDONA SEGURA

APELLIDOS
OSCAR DAVID

NOMBRES

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.268.372-9
CÓDIGO: EPS534

OSCAR DAVID CARDONA SEGURA
CC 80216156 Sexo: M

capital eps-s

Fecha Nac.:18/12/1983
Doc Cabeza Familia:CC80216156 Contrato No.: 72515-11001
Fecha de afiliación: 27/08/2012 Valido hasta: Indefinido
Copago: SI Disc:N Nivel: 2 No ficha sisben:3181839 - 1
BOGOTA BOGOTA-TV 18 93 03 SUR Zona:U
Localidad:19 Dir.: TV 18 93 03 SUR MOCHUELO BAJO
IPS Medica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
IPS Odontologica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494
yuryme 4106162014250Z 34447328



FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-ENE-2003 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500100-00464664-M-0080216156-20130308 0034740177A 1 1302521233

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO





REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.001.270.781

APELLIDOS BARACALDO RINCON

NOMBRES DIANA MARIA

08/JUL/2001
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

19/AGO/2009
BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

07/JUL/2019
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

26910162

PRIMERA VEZ

REPUBLICA DE COLOMBIA

Salud Total

DIANA MARIA BARACALDO RINCON

17 ~~años~~ años

8/Julio/2001

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.021.668.716**

ALBARRACIN ESTRADA

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **17-SEP-2005**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

17-SEP-2023 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

02-OCT-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00404847-F-1021668716-20121012 0031394893A 1 1542003282

REPUBLICA DE COLOMBIA

VALENTINA ALBARRACIN ESTRADA

TI 1021668716 Sexo: F Fecha Nac.:17/09/2005

Doc Cabeza Familia:TI 1021668716 Contrato No : 72515-11001

Fecha de afiliación: 07/12/2012 Valido hasta: Indefinido

Capago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben:442791 - 1

BOGOTA BOGOTA-CALLE 91 B S # 16 19- Zona:U

Localidad 19 Dir.: CALLE 91 B S # 16 19 MOCHUELO BAJO

IPS Medica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494

IPS Odontologica: HOSPITAL VISTA HERMOSA 7650494

anglesn 28281220155804 31816634


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.021.673.695
FLOREZ PORTILLA
ANDRES FELIPE
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE INGRESO 03-FEB-2007
PROTARAJ
LUGAR DE INGRESO
03-FEB-2023
FECHA DE VENCIMIENTO
F
SEXO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REPÚBLICA DE COLOMBIA
ANDRES FELIPE FLOREZ PORTILLA
TI 1021673695
Sangre: AB
Jefe Cabeza Familia:CC 1031131077
Fecha de afiliación: 02/02/2007
Consejo. KO
BOGOTA
Localidad 19
IPS Medica:
IPS Odontologica:
capital
Fecha Nac.:02/02/2007
Contrato No : 72516-11001
Valido hasta: Indefinido
Dpto.N Nivel: 1 No ficha sisben: 142196 - 1
Dir.: DG 95 A S 18 H 71.
HOSPITAL VISTA HERMOSA
HOSPITAL VISTA HERMOSA
Zona: U
MOCHUELO BAJO

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: NUEVOS LIDERAZGOS PARTICIPATIVOS
DIRECTOR/REPRESENTANTE: MAURICIO ROCHA LOPEZ
DIRECCION: CLL62D SUR 74-79
BARRIO: RINCON DE GALICIA UPZ 69 PERDOMO
LOCALIAD: CIUDAD BOLIVAR
TELÉFONO FIJO: NO APLICA CELULAR:3503954339
E-MAIL:MAURICIOROCHAL_2017@HOTMAIL.COM

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☐ MÚSICA ☒ TEATRO

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:
☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente ☐ Raizal O Palenquero
☐ Indígena ☐ Room –Gitano
☐ Ninguna

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
MAURICIO ROCHA LOPEZ	80207696	CLL62D SUR 74-79	3503954339
CERON MARTIN JACOBO BENJAMIN	79865956	CLL 62D SUR 74-79	3503954339

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

MAURICIO ROCHA LOPEZ
FIRMA DE
DIRECTOR/REPRESENTANTE

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.207.696**

ROCHA LOPEZ

APELLIDOS

MAURICIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-DIC-1980**

RONCESVALLES
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-OCT-2000 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1524700-00376236-M-00802[illegible]7696-20120516 0029932737A 1 1701750840

Scanned by CamScanner

Fundación Espacios de Vida

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
CONTRATO 346 DE 2019
ENTRE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR Y
LA FUNDACIÓN ESPACIOS DE VIDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EVENTO CULTURAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DE LA AGRUPACION: ANGELES DE PIPE
DIRECTOR/REPRESENTANTE: _____
DIRECCION: TENAY FORTILCA
BARRIO: Dg 93A SUR # 18A60 UPZ _____
LOCALIDAD: MOCHUELO BAJO
TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: 3124978863.
E-MAIL: _____

CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE: DANZA ☐ MÚSICA ☒ TEATRO ☐

PERTENECE A ALGUNA ETNIA:

☐ Grupo Poblacional Afrodescendiente
☐ Indígena
☐ Ninguna
☐ Raizal O Palenquero
☐ Room –Gitano

INTEGRANTES

NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
David Andres Mojico	1025328972	TV 18 # 93 Sur 17	3124978863
Juan Camilo Parra	1233493913	Dg 93 A sur #18H71	3124978863
Laura Valentina Pachón	1033627345.	Dg93 B-Sur #18H30	3124978863
Johan David Jimenez	1000241300	Dg 93 A Sur #18H71	3212936669.
Stephany Michell Jimenez	1014660948	Dg 93 A Sur #18H71	3212936669.
Karol Dayana Chavez	1022940724	Dg 93 A Sur #18H71	3227549944

Términos y Condiciones:

- Cada agrupación debe tener mínimo seis (6) integrantes, el 100% deben residir en la localidad de Ciudad Bolívar y pueden participar sus cuidadores.
- Diligenciar el presente formulario completo.
- Fotocopia Legible del documento de identificación de los integrantes de la agrupación.
- Certificado de residencia en la localidad de Ciudad Bolívar y/o fotocopia de recibos de servicios públicos, de los integrantes.
- Certificado de Discapacidad emitido por EPS.
- Fotocopia del Carnet de Sisben o EPS de todos los integrantes.
- Carta de autorización firmado por padres o adultos responsables en caso de tener menores de edad dentro de la agrupación, para participar en el evento y autorización para realizar registro fotográfico.

_____
FIRMA DE *DIRECTOR/REPRESENTANTE*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.033.726.345

PACHON SUAREZ
APELLIDOS

LAURA VALENTINA
NOMBRES

Laura Pachon
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-AGO-2026 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

29-NOV-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



P-1500350-006779S3-F-1033726345-20170112 0053123024A 1 110-210265



CARNE AFILIADO POS

Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR
CC 93300239

CATEGORÍA
A

DATOS DEL AFILIADO
LAURA VALENTINA
PACHON SUAREZ

RC 1033726345

TIPO DE AFILIADO
BENEFICIARIO

IPS PRIMARIA
COLSUBSIDIO CENTRO
MEDICO RESTREPO

DISCAPACIDAD
****

URGENCIAS HASTA
******

FECHA AFILIACIÓN
01/08/2008



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 93.300.239
PACHON CALDERON
APELLIDOS
HAROLD ANDRES
NOMBRES
Harold Pachón
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-1984
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-ENE-2003 LIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.233.493.413
PARRA TORRES

APELLIDOS
JUAN CAMILO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-ENE-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



0048867242A 1



Paola Barrera
hoy a la(s) 1:54 p. m.



Milena Pachón
hoy a la(s) 2:56 p. m.



2:49

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1025328972

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54337636

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9860

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA- CUNDINAMARCA -BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOJICA	GARZON

Nombre(s)

DAVID ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes 01 Día 14	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA- CUNDINAMARCA -BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	191278330

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GARZON CLAUDIA PILAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52749477 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MOJICA CHIVATA CESAR ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.032.454.826 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MOJICA CHIVATA CESAR ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1.032.454.826 BOGOTA D.C.	Cesar Andres Mojica

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes 01 Día 16	NOTARIA 50 DE BOGOTA D.C. DIANA BEATRIZ LOPEZ DURAN Nombre y firma

David Andres Mojica

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -