



Registro válido

15/09/2025

73268398571800020783

Fecha de consulta:

Ficha:

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOB

Apellidos: LOZANO RUBIANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93239149

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

14/09/2023

Última actualización ciudadano:

14/09/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 93.130.446

REYES CARDENAS

APPELLIDO

RODRIGO

NOMBRES

NO FIRMA

(FIRMA)



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-MAR-1974

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

O+

M

ESTATURA

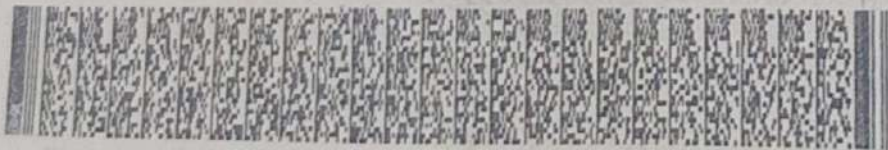
G.S. RH

SEXO

22-JUL-1993 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2904600-00224999-M-0093130446-20100315

0021624595A 1

32121903

Fecha de consulta:

Ficha:

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RODRIGO

Apellidos: REYES CARDENAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93130446

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/11/2020

Última actualización ciudadano: 21/11/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR ANDRES SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Carrera 6 No 8 - 07

Teléfono:

2390314 - 3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 85.804.371

ORJUELA PULIDO

APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN

NOMBRES

Maria del Carmen Orjuela Pulido

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1965

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

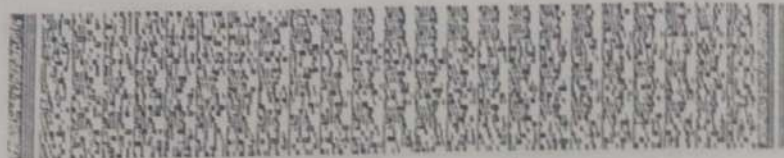
F

SEXO

21-NOV-1983 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2904600-00112862-F-0065694371-20081027

0004911609A 2

6490003466

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.188.964.988**

AGUIRRE ORJUELA

APELLIDOS

TALIANA

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-OCT-2009**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

25-OCT-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

11-MAY-2018 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G S RH

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACIA



P-2904600-01016772-F-1188964988-20180623

0061672997A 1

6484954779



La salud es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
TALIANA		AGUIRRE	ORJUELA

1.5 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1188964988

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
	2021	4	27

2.3 Departamento

TOLIMA

2.4 Municipio

ESPINAL

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	66.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	45.00
Participación	75.00
GLOBAL	36.94

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b160.2 b167.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d161.2 d310.2 d820.2



Registro Valido

A4

Fecha de consulta:

03/06/2025

Ficha:

73268036566100000019

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres TALIANA

Apellidos AGUIRRE ORJUELA

Tipo de documento Tarjeta de Identidad

Número de documento 1188964988

Municipio ESPINAL

Departamento TOLIMA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

19/04/2024

Última actualización ciudadano

19/04/2024

Última actualización via registros administrativos

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono

3209154652

Correo Electrónico

sisben@elespinal-tolima.gov.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 TARJETA DE IDENTIDAD



REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 TARJETA DE IDENTIDAD

IDENTIFICACION PERSONAL
 1.188.966.940
 MURILLO MURILLO
 INGRIID PAOLA



NO FIRMA



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
INGRID	PAOLA	MURILLO	MURILLO

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	-------------------------------------	----------------------	-----------------------	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1188960340

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
	2021	4	15

2.3 Departamento TOLIMA	2.4 Municipio ESPINAL
----------------------------	--------------------------

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	100.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	90.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	100.00
GLOBAL	95.83

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.4 b164.4 b760.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s1100.372 s220.362 s750.473

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d4600.4 d598.4



La salud es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, INGRID PAOLA MURILLO MURILLO manifiesto que: SI

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

Martha Helena Murillo Herrón
Nombre y Firma

1103 673 151 espinel
Documento: TI-1188966340

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



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

Fecha de consulta:

01/09/2025

Ficha:

7326804056930000202

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: INGRID PAOLA

Apellidos: MURILLO MURILLO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1188966340

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/11/2020

Última actualización ciudadano: 23/11/2022

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEduación - Ministerio de Educación
- ICES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARV - Unidad para las Víctimas
- DNP - Departamento Nacional de Planeación

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.390.562

SOSA GUZMAN

APELLIDOS

JENIFERT TATIANA

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-2000

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

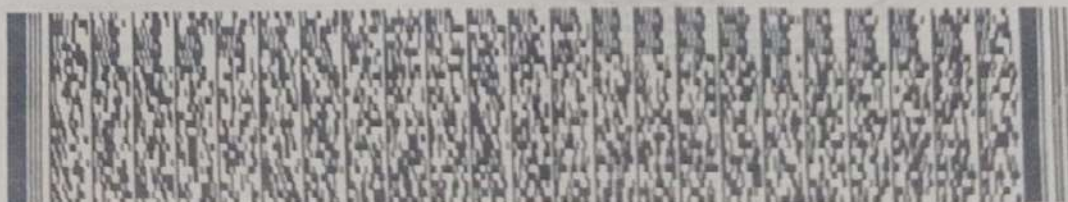
1.42
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-NOV-2010 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-2904600-01055506-F-1007390562-20190115

0064172412A 1

51014169



HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: JENIFERT TATIANA SOSA GUZMAN - Cédula Ciudadanía 1007390562
- Id. Paciente 341846

Edad: 25 Años - Sexo Femenino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2024 UVT -
POSS EVENTO AUTORIZADO-20 **

Médico Responsable: Farid Salcedo Neira

Registro Médico: 252198

Especialidad Médico Responsable: Otorrinolaringología

* Concepto:

- OTOSCOPIA BILATERAL: OD: SECRECION BLANQUESINA EN GRAN CANTIDAD CON
PERORACION TIMPANICA NO SE LOGRA CALCULAR EL PORCENTAJE.

OIDO IZQUIERDO:TAPON DE CERUMEN QUE OCLUYE CAE, NO SE LOGRAR VALORAR
MEMBRANA TIMPANICA.

CAVIDAD ORAL: FARINGE NO CONGESTIVA,NO GRANULOSA, NO ESCURRIMIENTO
POSTERIOR

RINOSCOPIA : FNI: SEPTUM FUNCIONAL, CORNETE INFERIOR LEVEMENTE HIPERTROFICO,
CON MARCADA PALIDEZ

FND: SEPTUM FUNCIONAL, CORNETE INFERIOR LEVEMENTE HIPERTROFICO, CON MARCADA
PALIDEZ

CUELLO: NO MASAS O ADENOPATIAS

DIX HALL PIKE NEGATIVO, MARCHA NORMAL, ROMBERG NEGATIVO, DISMETRIA NEGATIVO
NO NISTAGMUS ESPONTANEOS

LARINGOSCOPIA INDIRECTA: NO SE LOGRA VALORAR ADECUADAMENTE POR MARCADO
REFLEJO NAUSEOSO.

DX1. RINITIS ALERGICA

2. OTITIS

SS RX DE SPN

SS CONTROL POR ORL

FUROATO DE MOMETASONA 2 PUFF EN CADA FOSA NASAL EN CADA FOSA EN LAS NOCHES

DES Loratadina 5 MG 1 TB EN LAS NOCHS POR 1 MES

AL MEJORAR EVENTO AGUDO DE INFECCION DEL OIDO SE ENVIARA TAC DE OIDO

Dias de Incapacidad: 0

Destino: Ambulatorio

Médico Registra

Doctor: Farid Salcedo Neira

Reg. Médico: 252198



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: JENIFERT TATIANA SOSA GUZMAN - Cédula Ciudadanía 1007390562
- Id. Paciente 341845
Edad: 25 Años - Sexo Femenino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2024 UVT -
POSS EVENTO AUTORIZADO-20 **
Médico Responsable: Farid Salcedo Neira Registro Médico: 252198
Especialidad Médico Responsable: Otorrinolaringología

<<<< Consulta Externa de Medicina Especializada - 14/11/2024 10:27:13a. m. >>>>

IMC: 0.00 Superficie Corporal: 0.00

Especialidad: Otorrinolaringología

Finalidad de la Consulta: NO APLICA

* Diagnóstico:

- Rinitis alérgica, no especificada (J304)
- Apnea del sueño (G473)
- Otitis media crónica serosa (H652)
- Perforación central de la membrana timpánica (H720)

* Motivo de la Consulta:

- OBSTRUCCION NASAL

* Enfermedad Actual:

- MADRE DE PACIENTE REFIERE OBSTRUCCION NASAL ALTERNANTE, NIEGA RONQUIDO. ADICIONALMENTE REFIERE AUSENCIA DE AUDICION POSTERIOR A MENINGITIS, NO LENGUAJE.

* Revisión por el Sistema:

MENI

* MEDICAMENTOS FORMULADOS

Orden Nro. 3168954 - CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 10

- Ciprofloxacina + Hidrocortisona 3/10 ML (SOLUCION OTICA x 10ML)

-Obs: OIDO DERECHO

-Resp: Farid Salcedo Neira

- Desloratadina 5 mg Tab

-Obs:

-Resp: Farid Salcedo Neira

- Furoato de Mometasona Spray Nasal 0.05%

-Obs:

-Resp: Farid Salcedo Neira

- GLICERINA+SODIO CARBONATO+SODIO CLORURO (300MG+60MG+9MG)/ML SOL

OTIC GTS FCOX30ML

-Obs: OIDO IZQUIERDO

-Resp: Farid Salcedo Neira

* EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS

Orden Nro. 5316215 CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 10

- RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES -

- ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA SOD -

CL 4 6 29 Teléfonos 2482818 2482813

Espinal Tolima Colombia

Impreso Por SONIA YINETH MELO TAPIA

3/09/2025

9:07:47a. m.

1 de 2

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, ÚNICAMENTE POR PARTE DEL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRA EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITE TÉCNICO CIENTÍFICO.

Fecha de Solicitud 19/11/2018 Departamento Unidad Morca Código DAI E (Área): _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del Paciente: BRIAN STEVEN VALBUZUELA O. Edad 14 Sexo: F: _____ M: X
Tipo de Identificación: C.C. _____ T.I. Y R.C. _____ NUIP. _____ N° 111122595
Fuerza: EJC. X FAC: _____ ARC: _____ PONAL: _____ HOMIC. _____
Dirección: ESPAÑAL, MANRIANA F. CASA 13 BARRIO CAPAZUL Teléfono. 3124530311

II. MEDICAMENTO SOLICITADO FUERA DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS:

AMBULATORIO: X HOSPITALARIO: _____ URGENCIA (vital): _____ MIXTO: _____
Principio activo. X EXOMA CLINICO COMPLETO 600 mg en tableta
Presentación: _____ Dosis: _____ Cantidad/día: _____ Cantidad/Mes: _____
Duración del tratamiento: _____ Fecha de Aplicación _____
Programa especial de: _____
Efectos adversos y posibles riesgos por el uso del medicamento: _____

III. DIAGNÓSTICO: Nombre Síndrome Polimialtoartrítico
Código CIE 10 Q89.9

IV. DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 14 años con discapacidad cognitiva moderada, talla baja - 3.4 DE, cardiopatía congénita corregida, hepatosplenomegalia, compromiso plasmático con limitación de extensión, en quien se descartó bioquímicamente mieloplasiaclonales, mielodisplasias;

V. ALTERNATIVAS MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS SSMP: Candiplo 46xy Normal y Anax Unimol

- 1.- Principio activo. _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No Mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia _____
- 2.- Principio activo. _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada. No mejoría _____ Reacción adversa _____ Intolerancia _____
- 3.- Principio activo. _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada. No mejoría _____ Reacción adversa _____ Intolerancia _____

4.- No existe alternativa en el manual Único de Medicamentos del SSMP: _____



Registro válido:

Fecha de consulta:

02/09/2025

Ficha:

73268032567200000015

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: BRIAN STEVEN

Apellidos: VALENZUELA ORTIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1111122595

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

21/10/2020

Última actualización ciudadano:

21/10/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA


NUMERO **28.713.847**

HERNANDEZ

APELLIDOS

ELIZABETH

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUN-1948**
ARMENIA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

A+

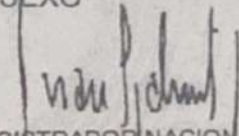
G.S. RH

F

SEXO

02-ENE-1975 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-2904600-00990632-F-0028713847-20180328

0060523467A 1

9903733573

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: ELIZABETH
1.2 Segundo nombre:
1.3 Primer apellido: HERNANDEZ
1.4 Segundo apellido:

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 28713847

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
2.2 Fecha: Año 2021, Mes 10, Día 6

2.3 Departamento: TOLIMA
2.4 Municipio: ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	95.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	37.50
GLOBAL	43.33

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

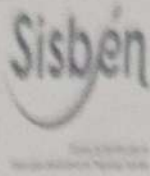
b4150.2 b4152.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s4101.273 s4102.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4600.4 d570.1 d598.3



Departamento
Nacional de Planeación

Registro válido

A5

Fecha de consulta:

03/09/2025

Ficha:

73268068571300000438

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres ELIZABETH

Apellidos HERNANDEZ

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 28713847

Municipio ESPINAL

Departamento TOLIMA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

26/10/2021

Última actualización ciudadano

26/10/2021

Última actualización via registros administrativos

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección

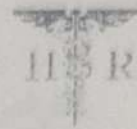
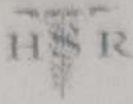
Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono

3209154652

Correo Electrónico

sisben@elespinal-tolima.gov.co



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: ELIZABETH HERNANDEZ - Cedula 28713847
- Id. Paciente 11528
Edad: 73 Años - Sexo Femenino - SECRETARIA DE SALUD DE TOLIMA ** 2021-
CERT.DISCAPACIDAD RES 001598 - 2021 **
Médico Responsable: Ana Milena Mahecha M.-Medicina General Registro Médico: 50449 CC 421
Especialidad Médico Responsable: Medicina General

- P.A.S = 130 mmHg
- P.A.D = 80 mmHg
- F.R = 14 x/min
- Temperatura = 37 °C

* Concepto:
- Equipo multidisciplinario
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA - MEDICO
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ - TERAPEUTA FISICA
NATALIA VARGAS CARMONA - SICOLOGA

Se realiza valoración en el aplicativo RLCPD de SISPRO y se carga previo consentimiento de la paciente, firma su hija
Categoría de la discapacidad: física
Calificación global de dificultad en el desempeño: 43.33%
Se entrega certificado original previa aceptación del contenido
Se diligencia plantilla de enfoque diferencial

Mail
Teléfono 3227035233
Dirección cra 3 casa 30, barrio saucedal, espinal, tolíma

Días de Incapacidad: 0
Destino: Ambulatorio

Médico Registra

Doctor: Ana Milena Mahecha M.-Medicina General
Reg. Médico: 50449 CC 4211828

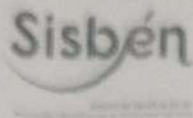
1. *[Faint text]*

- [Faint list item 1]*
- [Faint list item 2]*
- [Faint list item 3]*
- [Faint list item 4]*
- [Faint list item 5]*
- [Faint list item 6]*
- [Faint list item 7]*

[Faint text block]

[Faint text line]

[Faint text block]



8

Registro válido

Fecha de consulta:

17/10/2024

Ficha:

73268041566700000268

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE

Apellidos: FERIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5894770

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/11/2020

Última actualización ciudadano:

13/11/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE I

Fecha: 8 de Septiembre de 2024 Hora: 10:38
 Asunto: FERIA JORGE
 Evento: ETS FANISANAR SAS EVENTO
 Tipo Afiliado: Beneficiario Categoría: Sisben I Regimen: Subsidiado
 Empleado:
 Profesional: ELKIN YOVANI GONZALEZ ESPINOSA
 Registro No. 686846
 Documento: CC 5894770 Sexo: M
 Fecha de Nacimiento: 22/12/1939 Edad: 84
 Teléfono: 3164258935
 Especialidad: MEDICINA GENERAL

Motivo Consulta:

PARA CONCEPTO MEDICO PARA QUE LE ENTREGUEN SILLA DE RUEDAS

Enfermedad Actual:

PACIENTE DE 84 AÑOS DE EDAD TRAI DO POR CONOCIDO "FREDY BRÍÑEZ GARCIA" QUIEN REFIERE ADULTO MAYOR NECESITA VALORACION MEDICA INTEGRAL - NIEGA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, ACTUALMENTE SE ENCUENTRA POSTRADO EN SILLA DE RUEDAS POR PERDIDA DE FUERZA EN MMII Y DOLOR INTENSO EN ARTICULACIONES.

Antecedentes Personales:

Quirúrgicos NIEGA
 Planificación NIEGA
 Hospitalarios NIEGA
 Cesarea NIEGA
 Patológicos NIEGA
 Traumáticos NIEGA
 Última Otología NIEGA
 RIR NIEGA
 Aborto NIEGA
 Transfusionales NIEGA
 Vivos NIEGA
 Ginecobstétrico NIEGA
 Parto NIEGA
 Tóxico-alérgicos NIEGA
 Gestación NIEGA
 Farmacológicos NIEGA

Antecedentes Familiares:

Hipertensión (HTA) NIEGA
 Tuberculosis (TBC) NIEGA
 Cáncer NIEGA
 Enfermedad mental NIEGA
 Diabetes (DM) NIEGA
 Asma NIEGA
 Epilepsia NIEGA

Revisión por Sistemas:

Abdomen NO SINTOMAS
 Dermatológico NO SINTOMAS
 Cabeza NO SINTOMAS
 Cardiovascular NO SINTOMAS
 Garganta, Nariz y Oídos NO SINTOMAS
 Urológico NO SINTOMAS
 Ginecológico NO SINTOMAS
 Gastrointestinal NO SINTOMAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
LETRALA DE CIUDADANIA

5.894.770

FERIA

JORGE

Jorge FERIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1939**
ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 **B+** **M**
ESTATURA G.S RH SEXO

16-NOV-1961 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



16-NOV-1961 M 0005894770-20080824 0002576661A 1 6490007185

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA DE COLOMBIA

NUMERO **5.895.628**
CANDIA SALAZAR

APELLIDOS
TEOFILO

NOMBRES
 FIRMAS



República de Colombia
 Sistema General de Seguridad Social en Salud
 Régimen Subsidiado


SALUDVIDA
 EPS
 Te cuida

Nro. de Carnet **0001855317** **ARS033** Nro. de Ficha **14373**

Fecha de Vencimiento **Indefinido** Discapacidad **NO APLICA**

Identificación Afiliado: CC **5895628**
 Apellidos y Nombre **CANDIA SALAZAR TEOFILO**
 Municipio **ESPINAL**
 IPS: **GALENUS SALUD INTEGRAL IPS S.A.S**

Fecha Nacimiento 19/04/1936	Inicio Contrato 01/01/2012	Sexo M	Nivel Sisben 1
---------------------------------------	--------------------------------------	------------------	--------------------------

REPUBLICA DE COLOMBIA - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - REGIMEN SUBSIDIADO



FECHA DE NACIMIENTO **19-ABR-1936**
PURIFICACION
 (TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 **A+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

28-JUL-1962 ESPINAL
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2904600-00759842-M-0005895628-20151106 0047355080A 1 6483656022

Fecha de emisión:

Registro: 4750

02/09/2023

Rol:

7324808956600000451

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: TEOFILO

Apellidos: CANDIA SALAZAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5895628

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

07/02/2023

Última actualización ciudadano:

07/02/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle B No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co



HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: TEOFILO CANDIA BALAZAR - CC: 8898628
- Id. Paciente 54958
Edad: 84 Años - Sexo Masculino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA " 2021 -
POSS Teleconsulta capta N1Espinal **
Médico Responsable: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES Registro Médico: 14139302
Especialidad Médico Responsable: Medicina General

<<<< Consulta Externa de Medicina General - 07/01/2021 01:08:25p.m. >>>>

IMC: 0.00 Superficie Corporal: 0.00

Especialidad: Medicina General

Finalidad de la Consulta: No Aplica

* Diagnóstico:

- Gastritis, no especificada (K297)
- (osteo)artritis primaria generalizada (M150)
- Otros vertigos periféricos (H813)

* Motivo de la Consulta:

- TELEMEDICINA
- "SIGUE CON LA MIGRAÑA "
- CONTESTA PATRICIA MURILLO DOC:65703735

* Enfermedad Actual:

- PACIENTE DE 84 AÑOS QUE OCNSULTA POR CUADRO DE CEFALEA CRONICA, ALTAMENTE DEMANDANTE, CON REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO, TAMBIEN REFIERE NO FIEBRE , NO VOMITO . NO PARESTESIA . EN EL MOMENTO ACUSA DOLOR EN LAS PIERNAS Y DEBILIDAD PARA CAMINAR . ARDOR Y PRURITO OCULAR . MAREOS Y ORINA OSCURAS .

* Antecedentes

- Quirúrgicos QG; Cirugia General; >Otros>; Herniorrafias 3 hace 25 años, colecistectomía hace 24 años

- Anamnesis ODON; Odontologicos; <Otros>; no refiere patologia.

- Anamnesis ODON; Odontologicos; Cepillado; 1 vez al día.,

- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 14; caries od.

- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 15;

- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 16; caries d,

- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 17; caries m

- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 31;

- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 32;

- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 34;

- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 37; exodoncia indicada.

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima

Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813

Espinal Tolima Colombia

Impreso Por ERIKA SHIRLEY RAMIREZ PORTELA 07/01/2021 03:33:38p.m. 1 de 4



HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: TEOFILO CANDIA SALAZAR - CC: 5895628
- Id. Paciente 54956
Edad: 84 Años - Sexo Masculino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2021 -
POSS Teleconsulta capita N1Espinal **
Médico Responsable: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES Registro Médico: 14139302
Especialidad Médico Responsable: Medicina General

- Odontograma Adultos; Odontológicos; D. 41;
- Odontograma Adultos; Odontológicos; D. 42
- ;
- Odontograma Adultos; Odontológicos; D. 43;
- Odontograma Adultos; Odontológicos; D. 45;

* Revisión por el Sistema:

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS :: PERDIDA DE OJO DERECHO EN LA INFANCIA GASTRITIS MIGRAÑA
QUIRURGICOS :: PROSTATECTOMIA - HERNIORRAFIA UMBILICAL - COLECISTECTOMIA
ALERGICOS :: NEGATIVO
TOXICOS :: NIEGA

* Objetivo

- Examen Físico
- EXAMEN FISICO DIFERIDO POR MODALIDAD POR TELEMEDICINA

* Signo Vitales

- P.V.C = .
- Perim.Cintura(circunfe) = . Cms
- Perimetro Bicecral = . Cms
- Pliegue Abdominal = . mm
- Flujo Expiratorio Pico = . L/min
- IMC = 33.3 Unid
- TFG = 140 ml
- EERC = 1 Unid

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por ERIKA SHIRLEY RAMIREZ PORTELA 07/01/2021 03:33:38p.m. 2 de 4



HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: TEOFILO CANDIA SALAZAR - CC: 5895628
- Id. Paciente 54956
Edad: 84 Años - Sexo Masculino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2021 -
POSS Teleconsulta capita N1Espinal **
Médico Responsable: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES Registro Médico: 14139302
Especialidad Médico Responsable: Medicina General

* MEDICAMENTOS FORMULADOS

Orden Nro. 2379958 - CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 4
- Acetaminofen 500 mg Tabletas
-Obs:
-Resp: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES
- Cromoglicato de sodio Solucion oftalmica 20 mg / mL 2%
-Obs:
-Resp: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES
- Ergotamina + Cafeína Tableta o capsula 1 mg + 100 mg
-Obs:
-Resp: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES
- Hidroxido de Aluminio + Magnesio + Simeticona Suspensión oral 2 - 6% + 1 - 4%
-Obs:
-Resp: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES
- Levomepromazina Solucion oral 4 mg / mL 0.4%
-Obs:
-Resp: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES
- Loratadina Tableta 10 mg
-Obs:
-Resp: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES
- Nimodipina 30 mg Tableta
-Obs:
-Resp: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES
- Omeprazol Cápsula 20 mg
-Obs:
-Resp: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES

* EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS

Orden Nro. 3821361 CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 4
- CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN EN OFTALMOLOGIA -
PACIENTE CON DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL BIULATERAL, REFIERE SINTOMAS DE
CATARARTAS
- CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA -
MIGRAÑA REFRACTARIA A TRATAMIENTO

* Concepto:
-

PACIENTE DE 84 AÑOS QUE OCNSULTA POR CUADRO DE CEFALEA CRONICA, ALTAMENTE
DEMANDANTE, CON REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO, TAMBIEN REFIERE

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por ERIKA SHIRLEY RAMIREZ PORTELA 07/01/2021 03:33:38p.m. 3 de 4



HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: TEOFILO CANDIA SALAZAR - CC: 5895628
- Id. Paciente 54956
Edad: 84 Años - Sexo Masculino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2021 -
POSS Teleconsulta capita N1Espinal **
Médico Responsable: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES Registro Médico: 14139302
Especialidad Médico Responsable: Medicina General

NO FIEBRE . NO VOMITO . NO PARESTESIA . EN EL MOMENTO ACUSA DOLOR EN
LAS PIERNAS Y DEBILIDAD PARA CAMINAR . ARDOR Y PRURITO OCULAR . MAREOS
Y ORINA OSCURAS EXMANE FISICO DIFERIDO,, SE REFORMULA, SE DIRECCIONA POR
NEUROLOGIA POR REFRACTARIEDAD DE TRATMIENTO FARMACOLOGICO ,

Dias de Incapacidad: 0

Destino: Ambulatorio

Médico Registra

Doctor: JORGE ANDRES MONTOYA CESPEDES
Reg. Médico: 14139302

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por ERIKA SHIRLEY RAMIREZ PORTELA 07/01/2021 03:33:38p.m. 4 de 4

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 5.030.882

PARRA ROJAS

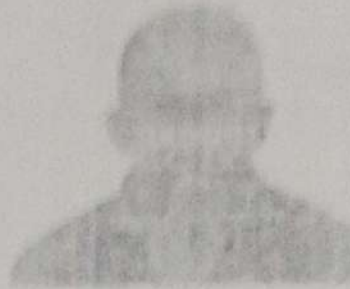
APELLIDOS

JONH JAIRO

NOMBRES

Jonh Jairo Parra

CINCO



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1970

AGUACHICA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

13-DIC-1993 GAMARRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2500100-00340324-M-0005030882-20111013

0028274783A 2

7591498936

Fecha de consulta:

Registro válido

04/09/2025

Ficha:

73268398772500017733

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JONH JAIRO

Apellidos: PARRA ROJAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5030882

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

16/05/2022

Última actualización ciudadano:

16/05/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

Documento: CC 5030882
Edad: 53 Años
Sexo: M
Teléfono: 3233397378
Fecha de consulta: 04/08/2025 10:08
Fecha de impresión: 04/08/2025

Nombre: JONH JAIRO PARRA ROJAS
Fecha de nacimiento: 24/11/1971
ERP: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A - NUEVA EPS
Tipo de usuario: CABEZA DE FAMILIA
Dirección: MZ B2 CASA 9
Ciudad: ESPINAL

Tipo de paciente: CRÓNICO
Ocupación del paciente: CESANTE
Teléfono del responsable del usuario: 3233397378
COHORTES: - HTA (Hipertensión Arterial)

Estado civil del paciente: CASADO
Nombre del responsable del usuario: MAIRA ALEJANDRA PARRA
Parentesco del responsable del usuario: HIJO (A)

MOTIVO

1. NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE

MAIRA ALEJANDRA PARRA- HUA

2. TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE

3233397378

MODALIDAD DE CONSULTA

VIDEO CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA

VALORACIÓN MÉDICA PAD (PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA)

TIPOLOGIA DE PACIENTES

- PADO - CRONICO

ENFERMEDAD ACTUAL

Documento: CC 510982
Edad: 53 AÑOS
Sexo: M
Teléfono: 3233397378
Fecha de consulta: 04/09/2025 10:08
Fecha de impresión: 04/09/2025

Nombre: JUAN JUAN PARRA MOLAS
Fecha de nacimiento: 24/11/1971
EPS: MUTUA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS
Tipo de consulta: CABEZA DE FAMILIA
Dirección: 10 82 CASA 5
Ciudad: ESPINAL

CITA PROGRAMADA PARA VIDEO CONSULTA, FAMILIAR REFIERE NO TENER INFORMACIÓN SOBRE LINK PARA CONEXIÓN, POR LO CUAL SE MIGRÓ A TELEMEDICINA

PACIENTE MASCULINO DE 53 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICOS DE:

- SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, EN 2022
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA
- EPOC, NO OXÍGENO REQUERENTE
- INCONTINENCIA MIXTA
- CONSTIPACIÓN
- MOVILIDAD REDUCIDA
- DEPENDENCIA FUNCIONAL

BARTHEL DE 25/100 SEGÚN ÚLTIMO CONTROL REALIZADO DE MANERA PRESENCIAL EL 06/07/2025

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (FÓRMULA DEL 06/07/25 X 3 MESES):

- LEVOMEPRIMAZINA 4 MG/ML (0,4%) SOLUCIÓN - DAR 10 GOTAS/DÍA (NOCHE)
- ACETAMINOFEN 500 MG/DÍA
- ACETAMINOFEN/CODEINA 325/6 MG C/8 HORAS
- PREGABALINA 50 MG/DÍA
- OMEPRAZOL 40 MG/DÍA
- BISACODILO 5 MG/DÍA
- SALBUTAMOL (SULFATO) 100 MCG/DOSIS - 3 PUFF C/4 HORAS
- NISTATINA OXIDO DE ZINC (100000 UI 200 MG/G) - APLICAR C/ 6 HORAS EN LESIONES DE PAÑAL
- ACIDO FUSIDICO CREMA 2% TUBO X 15 GR APLICAR CADA 6 HORAS EN LESIONES DE PAÑAL
- OXIDO DE ZINC - APLICAR EN CADA CAMBIO DE PAÑAL

INSUMOS:

- PAÑALES 1 CADA 6 HORAS- MIPRES DEL 30/05/25 X 6 MESES

A QUIEN SE REALIZA VALORACIÓN CONTROL PAD POR TELECONSULTA. ATIENDE MAIRA ALEJANDRA PARRA- HIJA, AL NÚMERO 3233397378, QUIEN BRINDA INFORMACIÓN.

REFIERE PACIENTE EN ESTABILIDAD CLÍNICA DE CONDICIÓN DE BASE, EN ÚLTIMAS SEMANAS.

NO SINTOMATOLOGÍA DE NOVO.

TOLERA ALIMENTACIÓN VÍA ORAL, CON AYUDA, CON PROBLEMA PARA LA DEGLUCIÓN.

BUENA CONCILIACIÓN DE SUEÑO.

DIURESIS Y DEPOSICIONES EN PAÑALES.

NIEGA PICOS FEBRILES.

NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS O RESPIRATORIOS

NIEGA ASISTENCIA A URGENCIAS O HOSPITALIZACIONES RECIENTES.

BUENA ADHERENCIA A TRATAMIENTO.

CONTINUA CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO, DETERIORO FUNCIONAL POR PATOLOGÍA DE BASE.

*NOTA= PENDIENTE REALIZACIÓN DE EXÁMENES SOLICITADOS EN CITA PREVIA, Y VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA/ TRABAJO SOCIAL/ PSICOLOGÍA.

Documento: CC 503082
Edad: 53 AÑOS
Sexo: M
Teléfono: 3233097378
Fecha de consulta: 04/08/2025 10:38
Fecha de impresión: 04/08/2025

Nombre: JOSE ENRIQUE PARRA ROJAS
Fecha de Nacimiento: 24/11/1971
EPS: NUEVA EXPANSA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS
Tipo de usuario: CABEZA DE FAMILIA
Dirección: 152 82 CASA 9
Ciudad: ESPINAL

FAMILIARES

NEGA

PATOLÓGICOS

- ENFERMEDAD PULMONAR (EPOC) - HIPERTENSION

OTROS PATOLÓGICOS

- SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, EN 2022 - HIPERTENSION ARTERIAL CRÓNICA - EPOC, NO OXIGENO REQUIRENTE - INCONTINENCIA MIXTA - CONSTIPACIÓN - MOVILIDAD REDUCIDA - DEPENDENCIA FUNCIONAL

QUIRÚRGICOS

GASTROTOMÍA RETIRO 23/10/22

HOSPITALARIOS

POR PATOLOGÍAS

ALÉRGICOS

NO REFIERE

PSICOSOCIALES

RED DE APOYO LIMITADA A HIJA MADRE CABEZA DE HOGAR DE DOS HIJAS MENORES DE EDAD.

OTROS

FARMACOLÓGICO (FORMULA DEL 08/07/25 X 3 MESES): -LEVOMEPROMAZINA 4 MG/ML (0,4%) SOLUCIÓN - DAR 10 GOTAS/DÍA (NOCHE) -ACETAMINOFEN 500 MGDÍA - ACETAMINOFEN/CODEINA 325/75 MG C/8 HORAS -PREGABALINA 50 MGDÍA - OMEPRAZOL 40 MGDÍA - BISACODILO 5 MGDÍA -SALBUTAMOL (SULFATO) 100 MCG/DOSIS - 3 PUFF C/4 HORAS - NISTATINA OXIDO DE ZINC (100000 UI 200 MG/G) -APLICAR C/6 HORAS EN LESIONES DE PAÑAL -ACIDO FUSIDICO CREMA 2% TUBO X 15 GR APLICAR CADA 6 HORAS EN LESIONES DE PAÑAL -OXIDO DE ZINC - APLICAR EN CADA CAMBIO DE PAÑAL INSUMOS: -PAÑALES 1 CADA 6 HORAS- MIPRES DEL 30/05/25 X 6 MESES

REVISIÓN SISTEMAS

Per tratarse de una Videoconsulta y/o Teleconsulta, los datos proporcionados son de referencia dados por la persona de contacto o familiar.

TALLA (CM) (VALORES DE REFERENCIA)

168

PESO (KG)

50

FRECUENCIA RESPIRATORIA (X MIN)

18

FRECUENCIA CARDÍACA (X MIN)

65

PRESIÓN SISTÓLICA (MMHG)

110

PRESIÓN DIASTÓLICA (MMHG)

68

TEMPERATURA (°C)

36

ASPECTO GENERAL

ACEPTABLE ESTADO GENERAL

EXAMEN FÍSICO

ESCALA DE BARTHEL

1. COMER	5/10	2. LAVARSE	0/5	3. VESTIRSE	5/10	4. ARREGLARSE	0/5
5. DEPOSICIONES	0/10	6. MICCIÓN	0/10	7. USAR EL RETRETE	0/10	8. TRASLADARSE	5/15
9. DEAMBULAR	5/15	10. ESCALONES	5/10				

25/100 Dependencia Severa

Convenciones: Menor o igual a 20 dependencia total || 25-45 dependencia severa || 50-60 dependencia moderada || Mayor a 60 dependencia leve

ANÁLISIS

ANÁLISIS

Documento: 01-000002
Edad: 50 años
Sexo: M
Teléfono: 3133679076
Fecha de consulta: 24/09/2025 10:28
Fecha de impresión: 24/09/2025

Nombre: ZORZO JORGE FABIAN OSORIO
Fecha de nacimiento: 24/11/1977
EPS: SALUD ESPECIALIZADA PASCARABANDA DE BARRIOS S.A. - ALBUCA 2494
Tipo de consulta: CLASICA DE FAMILIA
Dirección: NO 50 CERRA 8
Ciudad: BOGOTÁ

PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD, CON DRAZMOTICIS YA DEBILITADO, CON SÍNTOMAS DE 25106 REGION DE DADO CONTROL, REFERIDO DE MANERA PRESENCIAL EL 06/07/2025, CON DEPENDENCIA TOTAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO BÁSICO, POR LO QUE CUMPLE CON CRITERIOS PARA CONTINUAR EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. NO SE REALIZA EXAMEN FÍSICO POR MODALIDAD DE ATENCIÓN (TELECONSULTA) A LOS SIGNOS VITALES Y MEDIDAS ANTHROPOMETRICAS QUE SE PLASMAN ASÍ SON EXTRAÍDAS DE LA ÚLTIMA VALORACIÓN PRESENCIAL, POR LO CUAL NO SON CONSIDERADOS PARA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS. SE RECOMIENDA VALORACIÓN PRESENCIAL.

EN EL MOMENTO PACIENTE CON CONTROL DE PATOLOGÍAS DE BASE Y ESTABILIDAD CLÍNICA, CON TRASTORNO DEOLUTORIO, POR LO CUAL SOLICITO VIDEOREGLUCIÓN Y VALORACIÓN POR FONDOS DE OJOS.

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS VIGENTE.

SE REALIZAN ORDENES DE TERAPIAS.

PENDIENTE REALIZACIÓN DE EXÁMENES SOLICITADOS EN CITA PREVIA, Y VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA/ TRABAJO SOCIAL/ PSICOLOGÍA.

PACIENTE, QUIEN EN EL MOMENTO NO CUENTA CON MEDIOS INVASIVOS, NO PRESENTA SONDA DE GASTROSTOMÍA, O DE TRAQUEOSTOMÍA O SONDA VESICAL PERMANENTE Y NO REQUIERE UNO DE LAS MISMAS, NO REQUIERE APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS VIA PARENTERAL.

SE EXPLICA CONDUCTA MÉDICA A FAMILIAR DE PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE INFORMAN CANALES DE COMUNICACIÓN DEL CALL CENTER: 3336025696, WHATSAPP: 3133679005, LÍNEA EXCLUSIVA PARA CONSULTA DE CITAS MÉDICAS / ESPECIALISTAS: 3241000786, Y CORREO: pqrs@mid.net.co.

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES PARA TODOS LOS PACIENTES Y FAMILIARES COMO:

- CAMBIOS DE POSICIÓN CADA 2 HORAS DURANTE EL DÍA Y 2 CAMBIOS DURANTE LA NOCHE PARA EVITAR ÚLCERAS O LESIONES EN PIEL POR PRESIÓN. MOVER EXTREMIDADES CON CUIDADO, SIN ARASTRAR Y SIN GOLPEAR BRUSCAMENTE.
- LA NUTRICIÓN DEBE SER VARIADA (VERDURAS, FRUTAS, LEGUMBRES, PROTEÍNA, ETC) Y EQUILBRADA EN FIBRA PARA MEJORAR EL TRÁNSITO INTESTINAL, MODERAR CONSUMO DE AZÚCARES, HARINAS Y SAL. YA QUE EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD NOS PUEDE LLEVAR A TENER DIFICULTADES A LA HORA DE REALIZAR TRANSFERENCIAS O TRASLADOS, ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO, ETC.
- TANTO EL SOBREPESO COMO LA OBESIDAD SON FACTORES DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE OTRAS COMPLICACIONES COMO LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y PROBLEMAS DE CIRCULACIÓN.
- LA POSTURA AL MOMENTO DE ALIMENTARSE VÍA ORAL ES MUY IMPORTANTE, EL PACIENTE DEBE ESTAR INCLINADO A 140 GRADOS O SENTADO, JAMÁS ACOSTADO. SI EL PACIENTE TIENE SONDA NASOGÁSTRICA O GASTROSTOMÍA NO DAR NADA VÍA ORAL.
- EL PACIENTE NO DEBE ACOSTARSE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE COMER, CON EL FIN DE EVITAR REFLUJOS DE JUGO GÁSTRICO (AGRIERAS). SOLO PUEDE HACERLO, HASTA PASADOS 30 MINUTOS DESPUÉS DE LA INGESTA.
- REVISAR DIARIAMENTE LA PIEL, EXAMINAR LA PIEL CON ESPECIAL DETENIMIENTO EN LAS PROMINENCIAS ÓSEAS, BUSCANDO ZONAS ENROJECIDAS, AMPOLLAS O EROSIONES QUE PUEDAN ALERTARNOS DE UN PRINCIPIO DE ÚLCERA O HERIDA, ASÍ MISMO SE RECOMIENDA MANTENER LA PIEL LIMPIA Y SECA E HIDRATARLA CON CREMA O VASELINA 2 VECES AL DÍA.
- ROPA DE CAMA LIMPIA, SECA Y SIN ARRUGAS, ESTO AYUDARÁ A EVITAR ZONAS DE PRESIÓN QUE A FUTURO PUEDAN GENERAR HERIDAS O ESCARAS.
- AL DUCHARSE EL AGUA NO DEBE ESTAR EXCESIVAMENTE CALIENTE O MUY FRÍA. EN LAS MUJERES EL ASEO DE LA ZONA GENITAL SE DEBE REALIZAR DE DELANTE HACIA ATRÁS PARA EVITAR INFECCIONES.

SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR INMEDIATAMENTE Y EN CUALQUIER MOMENTO AL SERVICIO DE URGENCIAS:

- DOLOR TORÁCICO INTENSO
- DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- DOLOR ABDOMINAL INTENSO
- VÓMITO PERSISTENTE. SI PRESENTA MAS DE 4 VÓMITOS EN 4 HORAS DEBE ACUDIR A URGENCIAS POR RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
- PACIENTE NO COME NADA
- DIARREA AGUDA CON MAS DE 4 EPISODIOS EN 4 HORAS.
- DEPOSICIONES (POPO) CON SANGRE
- SANGRADOS EN ORINA, ENCÍAS, NARIZ, OJOS, O CUALQUIER OTRO TIPO DE SANGRADO ABUNDANTE
- FIEBRE MAYOR A 3 DÍAS QUE NO CEDE A LA INGESTA DE ACETAMINOFÉN O QUE NO MEJORA CON NINGÚN MEDICAMENTO
- AUSENCIA DE DEPOSICIONES (CONSTIPACIÓN/ESTREÑIMIENTO) MAYOR A 5 DÍAS
- SI PRESENTA EDEMA (HINCHAZÓN) EN PIERNA ASOCIADO A ERITEMA (COLORACIÓN ROJA), CALOR LOCAL DE LA PIEL Y DOLOR DE MODERADA A SEVERA INTENSIDAD
- SI TIENE ALGUNA HERIDA, ESCARA, LLAGA O ÚLCERA QUE SE VEA DE MAL ASPECTO (FEA), QUE SEA MUY PROFUNDA, QUE COMIENCE A OLER A FEO O QUE PRESENTE SANGRADO O SECRECIÓN PURULENTO (PUS).
- DOLOR DE CABEZA INTENSO
- PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA O DESMAYO SÚBITAMENTE

Documento: CC 5030882
Edad: 53 Año(s)
Sexo: M
Teléfono: 3233397378
Fecha de consulta: 04/08/2025 10:08
Fecha de impresión: 04/09/2025

Nombre: JONH JAIRO PARRA ROJAS
Fecha de Nacimiento: 24/11/1971
ERP: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A - NUEVA EPS.
Tipo de usuario: CABEZA DE FAMILIA
Dirección: MZ B2 CASA 0
Ciudad: ESPINAL

EGRESO PAD

NO

TIPO DE SEGUIMIENTO

MODELO PAD

CONDUCTA

CONTINUO MANEJO EN CASA

EDUCACION (ESTA HISTORIA CLÍNICA SOPORTA LAS CAPACITACIONES NECESARIAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE, LA UMTD [HTTPS://LAUMTD.THINKIFIC.COM](https://LAUMTD.THINKIFIC.COM))

• AUTOCUIDADO EN LA PATOLOGÍA SEGUN DIAGNOSTICO • BIOSEGURIDAD • USO Y ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS • DEBERES Y DERECHOS • MANEJO DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN EL DOMICILIO

EGRESO PROCESO AGUDO (PHD)

NO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

I694 - SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA (CONFIRMADO REPETIDO)

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS

I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) (CONFIRMADO REPETIDO)

K590 - CONSTIPACION (CONFIRMADO REPETIDO)

J441 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA (IMPRESION DIAGNOSTICA)

G470 - TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO (INSOMNIOS) (CONFIRMADO REPETIDO)

Z740 - NECESIDAD DE ASISTENCIA DEBIDA A MOVILIDAD REDUCIDA (CONFIRMADO REPETIDO)

R32X - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA (CONFIRMADO REPETIDO)

R15X - INCONTINENCIA FECAL (CONFIRMADO REPETIDO)

Examen	Indicaciones	Cantidad
874910 - FARINGOGRAFIA Y ESOFAGOGRAMA CON CINE O VIDEO ESTUDIO DE LA DEGLUCION		1

Decisión	Mes Inicio	Detalles	Observaciones
890110 - ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	Septiembre 2025	Cantidad: 1	SOLICITO VALORACION DE DEGLUCION

Paquete	Mes Inicio	Detalles	Observaciones
E985111 - PAQUETE DE ATENCION DOMICILIARIA PACIENTE CRONICO CON TERAPIAS(MENSUAL)	Septiembre 2025	• 890111 - ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA. Cantidad: 12	

Alexandra Consuegra Torres
MÉDICA GENERAL - UG
C.C 37510145
R.M. 85387143

cc. 37510145

ALEXANDRA MARIA MARGARITA CONSUEGRA
TORRES CC 37510145
MEDICO GENERAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

79.584.842

NUMERO

MARTINEZ TRIANA

APELLIDOS

GABRIEL ARTURO

NOMBRES



IRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1971

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

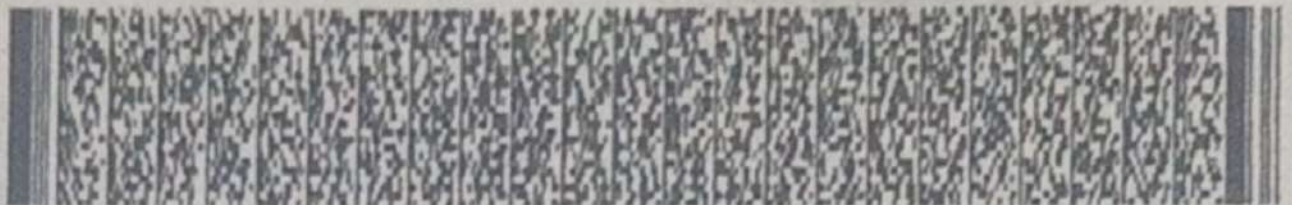
M

SEXO

01-DIC-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Albino Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-2904600-63135092-M-0079584842-20051011

0507205283B 02 174068252

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

1.1 Primer nombre SANTIEL	1.2 Segundo nombre ARTURO	1.3 Primer apellido MARTINEZ	1.4 Segundo apellido TRIANA
1.5 Departamento de Residencia TOLIMA		1.6 Municipio de Residencia ESPIRAL	

1.7 Documento de identidad

Cédula de Ciudadanía	Pasaporte	Cédula de Extranjería	Documento de Identidad	Permiso Especial de Permanencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Número de documento de identidad: 78584842

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA LA DISCAPACIDAD

2.1 IPS donde se realizó la certificación
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
890701033

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	8	5

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	58.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Códigos Funciones Corporales
b730.2 b761.2 b770.2
- Códigos Estructuras Corporales
s730.273 s750.273
- Códigos Actividades y Participación
ds70.2 ds98.2 ds79.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

e. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Número	Profesión	Tipo y Número de Identificación
1	Psicóloga	CC-110562970
2	Medicina	CC-42111828
3	Fisioterapia	CC-65707711



El certificado de discapacidad es el soporte físico o digital para el reconocimiento de las prestaciones económicas y subsidios de los Sistemas Generales de Previsión Social y para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Registro válido

A4

Fecha de consulta:

03/09/2025

Ficha:

73268398772400035375

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres GABRIEL ARTURO

Apellidos MARTINEZ TRIANA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 79584842

Municipio ESPINAL

Departamento TOLIMA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

18/12/2024

Última actualización ciudadano

18/12/2024

Última actualización via registros administrativos

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono

3209154652

Correo Electrónico

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA DE
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.005.771.792**

ALVAREZ DIAZ

APELLIDOS

MAGDA GABRIELA

NOMBRES

REPÚBLICA DE
COLOMBIA



NO FIRMA

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-2001**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

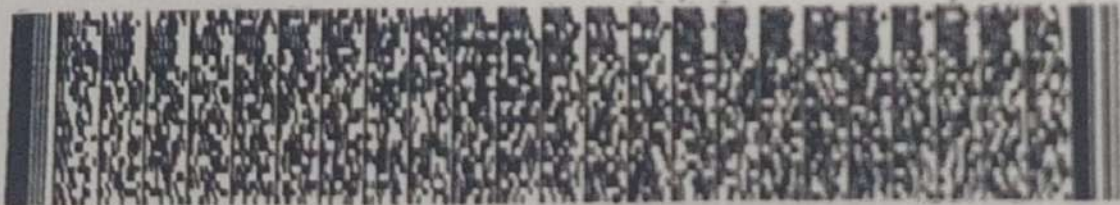
F

SEXO

07-MAY-2019 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALINDO YACHA



P-2904600-01081443-F-1005771792-20190708

0066061981A 1

53763756

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACION: 1.105.691.370
 ALVAREZ DIAZ
 NOMBRE: KAREN DANIELA
 SIGNATURA: Karen Daniela Alvarez Diaz




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 21-FEB-1998
 ESPINAL (TOLIMA)
 LUGAR DE NACIMIENTO: 1.60 B+ F
 ESTATURA: 1.60 G.S. RH: B+ SEXO: F
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION: 26-FEB-2016 ESPINAL
 REGISTRADOR NACIONAL: JUAN CARLOS GALINDO VAQUERO



P-2904600-00808987-F-1105691370-20160404 0049170218A 1 46278062



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MAGDA	GABRIELA	ALVAREZ	DIAZ

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacimiento	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			1005771792				

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2021	3	16

2.3 Departamento	2.4 Municipio
TOLIMA	ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	95.83
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	56.25
GLOBAL	52.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.4 b160.3 b164.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d175.4 d598.4 d640.4

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, MAGDA GABRIELA ALVAREZ DIAZ manifiesto que: SI
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Mariana Yana Diaz
Nombre y Firma

6569669263
Documento: CC-1005771792

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



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



HISTORIA CLÍNICA OFTALMOLOGÍA

Nombre: MARIA GLADYS BUSTAMAN DE RICARDO Documento: CC 28719851 Sexo: FEMENINO No. Historia Clínica: 28719851
 Empresa: SALUD TOTAL EPS S.A Ubicación: CONSULTA EXTERNA Tipo Usuario: BENEFICARIO
 Fecha Nacimiento: 1957-09-26 Edad: 67 Años Dirección: CL 3 TO 51 Teléfono: 3208294527
 Responsable: _____ Documento: _____ Parentesco: _____
 Acompañante en la Atención: OMAR RICARDO Parentesco: ESPOSO

Fecha Consulta: 11 / Apr / 2025

Motivo Consulta

POR QUE HACE DOS AÑOS ME ESTABAN ATENDIENDO EN BOGOTA POR GLAUCOMA

Enfermedad Actual

PACIENTE ASISTE A CONTROL POR GLAUCOMA SIN TRATAMIENTO

Antecedentes

- Antecedentes Patológicos: DM TTO CON SE APLICA INSULINA , METFORMINA
- Antecedentes Quirúrgicos: IRIDOTOMIA AO
- Antecedentes Alérgicos: NIEGA

Examen Físico

PACIENTE INGRESA PALPANDO LAS PAREDES

Signos Vitales	Peso (Kgs)	Talla (cms)	P. Arterial (mm/Hg)	FC (ppm)	FR (rpm)	T (°C)	IMC
	0	0		0	0	0	0

- Agudeza Visual: OD NPL
OI PL
- Parpados: DERMOTOCHALASIS
- Conjuntiva: OI UVEITIS
- Cornes: OI CLARA
- Cámara Anterior: OI FORMADA
- Pupilas: REDONDA AO
- Fondo de Ojo: SIN DILATAR. AO DIFICIL VALORACION POR OPACIDAD
- Cristalinos: OI LENTE CENTRADO CON OPACIDAD SUBCAPSULAR POSTERIOR
- Vitreo: _____
- Relación Vena Arteria: _____ EXCV
- Macula: _____
- Presión Intraocular: _____

Diagnostico(s) :

- * TRASTORNO DEL APARATO LAGRIMAL, NO ESPECIFICADO CIE10 : H049
- * PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES CIE10 : Z961

Conducta:

PLAJ: LOGRAFIA OJO IZQUIERDO 2. CAPSULOTOMIA OJO IZQUIERDO 3. CARBOXIMETILCELULOSA +GLICERINA PACIENTE Y ACOMPAÑANTE ENTIENDEN Y ACEPTAN

MEDICAMENTOS

1. CARBOXIMETILCELULOSA 0.5% + GLICERINA 0.9%, 15 ML. GOTAS VÍA: OFTALMICAS CANT: 6 OFTALMICAS.

POSOLOGÍA: APLICAR 1 GOTTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS X 6 MESES

HISTORIA CLÍNICA OFTALMOLOGÍA

DIAGNÓSTICAS

1. 136505 - CAPSULOTOMIA ASISTIDA

JUSTIFICACIÓN: OJO IZQUIERDO

TIPO: QUIRURGICAS CANT: 1.00

2. 951302 - ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO A Y B

JUSTIFICACIÓN: OJO IZQUIERDO

TIPO: NO QUIRURGICAS CANT: 1.00

Dr. Javier Mauricio Cruz O.
Médico Cirujano
Oftalmólogo
RM 79869118

Dr JAVIER MAURICIO CRUZ ORJUELA
FIRMA Y REGISTRO


Fecha y Hora de Impresión :2025/04/11 13:26:13

ORDEN MÉDICA N° 72251

No. Orden: 72251 No. Historia Clínica: 28710051 Tipo Usuario: BENEFICIARIO
GLADYS GUZMAN DE RICARDO Documento: CC 28716651 Fecha Nacimiento: 1957-09-26 Edad: 67 Años
SALUD TOTAL EPSS SA Ubicación: CONSULTA EXTERNA

Diagnostico(s) :

- * TRASTORNO DEL APARATO LAGRIMAL, NO ESPECIFICADO CIE10 : H049
- * PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES CIE10 : Z961

MEDICAMENTO	VÍA	DUARACIÓN TRATAMIENTO	CANTIDAD
 CARBOXIMETILCELULOSA 0.5% + GLICERINA 0.9%. 15 ML. GOTAS OFTÁLMICAS. POSOLOGÍA: APLICAR 1 GOTAS CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS X 6 MESES	OFTÁLMICAS	180 día(s)	6

Dr. Javier Mauricio Cruz O.
Médico Cirujano
Oftalmólogo
RM 79869118

Dr. JAVIER MAURICIO CRUZ ORJUELA
FIRMA Y REGISTRO MEDICO

Fecha y Hora de Impresión :2025/04/11 13:26:28

ORDEN DE SERVICIOS N° 203582

No. Orden: 203582 No. Historia Clínica: 28716551 Tipo Usuario: BENEFICIARIO
PACIENTE: GLADYS GUZMAN DE RICARDO Documento: CC 28716551 Fecha Nacimiento: 1957-09-28 Edad: 67 Años
Impresión: SALUD TOTAL EPSS SA Ubicación: CONSULTA EXTERNA

Diagnostico(s) :

- * TRASTORNO DEL APARATO LAGRIMAL, NO ESPECIFICADO CIE10 : H049
- * PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES CIE10 : Z961

CODIGO	TIPO	DESCRIPCION	CANTIDAD	COMENTARIOS
951302	NO QUIRURGICAS	ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	1.00	OJO IZQUIERDO

Dr. Javier Mauricio Cruz O.
Médico Cirujano
Oftalmólogo
RM 79869118

Dr. JAVIER MAURICIO CRUZ ORJUELA
FIRMA Y REGISTRO MEDICO

Fecha y Hora de Impresión :2025/04/11 13:26:54



HEALIFY IPS S.A.S

NIT 901462123-8

GIRARDOT

GIRARDOT: 24 DE ABRIL DE 2025

PACIENTE MARIA GLADYS GUZMAN DE RICARDO

IDENTIFICACION:28716651

ENTIDAD: SALUD TOTAL EPSS SA

DX*Z961

1- Fluorometalona al 1 % solución oftálmica n 1 frasco
APLICAR 1 GOTA CADA 8 HORAS EN EL OJO DEL LASER
X 8 DIAS

2- Brimonidina al 2 % solución oftálmica n 1 frasco
APLICAR 1 GOTA CADA 12 HORAS EN EL OJO DEL
LASER X 20 DIAS


**Ricardo Ivan
Luna Jiménez**
Médico Oftalmológico
Reg. 8991

DR. RICARDO LUNA

MEDICO OFTALMOLOGO



HEALIFY IPS S.A.S
NIT 901462123-8
GIRARDOT

GIRARDOT: 24 DE ABRIL DE 2025
PACIENTE MARIA GLADYS GUZMAN DE RICARDO
IDENTIFICACION: 28716651
ENTIDAD: SALUD TOTAL EPSS SA

DX*Z961

*SS CITA DE CONTROL CON OFTALMOLOGIA EN 1 MES



DR. RICARDO LUNA

MEDICO OFTALMOLOGO

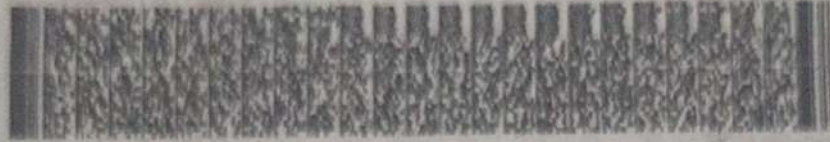


FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-2011
ESPINAL
 (TOLIMA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
18-JUL-2029
 FECHA DE VENCIMIENTO
23-OCT-2018 ESPINAL
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**
 GRUPO SANG. SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
 LINEA UNICA DE SERVICIO AL CIUDADANO

INDICE DERECHO



7-2904200-01044008-F-1188967378-20181109 0653153536A 3 0485192358

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
 TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.188.967.378**
PEÑA GONGORA
 APELLIDOS
MARYORY NICOL
 NOMBRES



NO FIRMA
 FIRMA

RESUMEN DE ATENCION



Paciente: MARYORY NICOL PEÑA GONGORA - Tarjeta Identidad 1188967378
Id. Paciente 187931
Edad: 14 Años - Sexo Femenino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2025 UVT.
POSS EVENTO AUTORIZADO-20 **
Medico Responsable: Jaime Enrique Manotas Casabuenas Registro Médico: 12854-91
Especialidad Médico Responsable: Pediatría

Concepto:

SS: CITA DE CONTROL
SS TERAPIA OCUPACIONAL
SS TERAPIA DE LENGUAJE
SS PARACLINICOS
SS PAÑAL DESECHABLE TALLA M PACIENTE QUIERE CAMBIOS DE PAÑAL 3 VECES AL DIA.
SS VALORACION POR TRABAJO SOCIAL YA QUE LA PACIENTE REQUIERE TERPIAS OCUPACIONALES Y DE LENGUAJE PERO LA MADRE ES UNA PERSONA DE LA TERCERA EDAD QUIEN NO CUENTA CON LAS CAPACIDADES FISICA NI ECONOMICAS PARA ERL TRASLADO DE LA PACIENTE PARA DICHAS TERAPIAS.

SE INDICA AL ACUDIENTE LA IMPORTANCIA DE EL NO USO EXCESIVO DE PANTALLAS ELECTRONICAS, ACOSTARCE TEMPRANO PARA ESTIMULO DE HORMONA DE CRECIMIENTO.

SE DAN RECOMENDACIONES AL ACUDIENTE COMO AUMENTAR LA INGESTA DE PROTEINA CARNE, POLLO, PEZCADO, GRANOS FRIJOL LENTAJAS, GARBANZO, ARVEJA FRUTAS Y VERDURAS, EVITAR CALDOS COLADOS EMBUTIDOS COMIDAS GRASOSAS Y AZUCARADAS O ENPAQUETADOS, SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS ANTES DE LAS COMIDAS Y DESPUES DE REALIZAR ACTIVIDADES LUDICAS O DESPUES DE IR AL BAÑO, REALIZAR LAVADO DE DIENTES MINIMO 3 VECES AL DIA.

SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR A URGENCIAS: DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE, SANGRADO, TOS PERSISTENTE O CON SANGRE, FIEBRE MAYOR A 37,5, ORINA RETIDA O DOLOR AL ORINAR, VOMITOS PERSISTENTES O CON SANGRE, DIARREA PERSISTENTE O CON SANGRE, DIFICULTAD RESPIRATORIA, INTOLERANCIA A LA VIA ORAL, ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONSCIENCIA. ADECUADOS, SE DAN RECOMENDACIONES ALIMENTARIOS, CONTROL SOBRE VECTORES, HIGIENE, SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS, MADRE REFIER ENTENDER Y ACEPTAR.

Dias de Incapacidad: 0

Destino: Ambulatorio

Médico Registra

Doctor: Jaime Enrique Manotas Casabuenas

Reg. Médico: 12854-91

MEDICOS YUNIS TURBAY Y CIA S. EN C.
INSTITUTO DE GENÉTICA

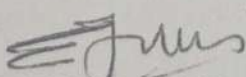
Citogenética, Inmunogenética, Biología Molecular, Genética Forense

Señores
COMFENALCO EPS
Ibagué, Tolima.

05 de noviembre de 2011
Código: 146935

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARYORY NICOL PEÑA GONGORA**
FECHA DE RECEPCIÓN: Octubre 27 de 2011
INDICACIÓN: Trisomía 21, soplo cardiaco
IDENTIFICACIÓN: 1188967378
EDAD: 3 meses
MUESTRA PROCESADA: Sangre periférica
PRUEBA REALIZADA: Estudio de cromosomas
TÉCNICA UTILIZADA: Cultivo de linfocitos estimulados con fitohemaglutinina.
EQUIPO UTILIZADO : Microscopio motorizado Olympus con software de Applied Spectral Imaging que realiza un escáner automático de metafases.
MÉTODO DE ANÁLISIS: Bandas G y Q
METAFASES ANALIZADAS: 20
CARIOTIPO: 47,XX,+21
OBSERVACIONES: Cariotipo característico del síndrome de Down

Atentamente,


Dr. EMILIO YUNIS
RM. 6885

Los resultados emitidos se relacionan únicamente con las muestras analizadas en el presente reporte
Página 1 de 2

Código 42-24 Cons. 102 - PBX: 232 96 22 - Fax: 288 98 27 - Bogotá, D.C., - Colombia

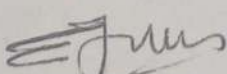


Señores
COMFENALCO EPS
Ibagué, Tolima.

05 de noviembre de 2011
Código: 146935

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARYORY NICOL PEÑA GONGORA**
FECHA DE RECEPCIÓN: Octubre 27 de 2011
INDICACIÓN: Trisomía 21, soplo cardiaco
IDENTIFICACIÓN: 1188967378
EDAD: 3 meses
MUESTRA PROCESADA: Sangre periférica
PRUEBA REALIZADA: Estudio de cromosomas
TÉCNICA UTILIZADA: Cultivo de linfocitos estimulados con fitohemaglutinina.
EQUIPO UTILIZADO : Microscopio motorizado Olympus con software de Applied Spectral Imaging que realiza un escáner automático de metafases.
MÉTODO DE ANÁLISIS: Bandas G y Q
METAFASES ANALIZADAS: 20
CARIOTIPO: 47,XX,+21
OBSERVACIONES: Cariotipo característico del síndrome de Down

Atentamente,


Dr. EMILIO YUNIS
RM. 6885

Los resultados emitidos se relacionan únicamente con las muestras analizadas en el presente reporte
Página 1 de 2

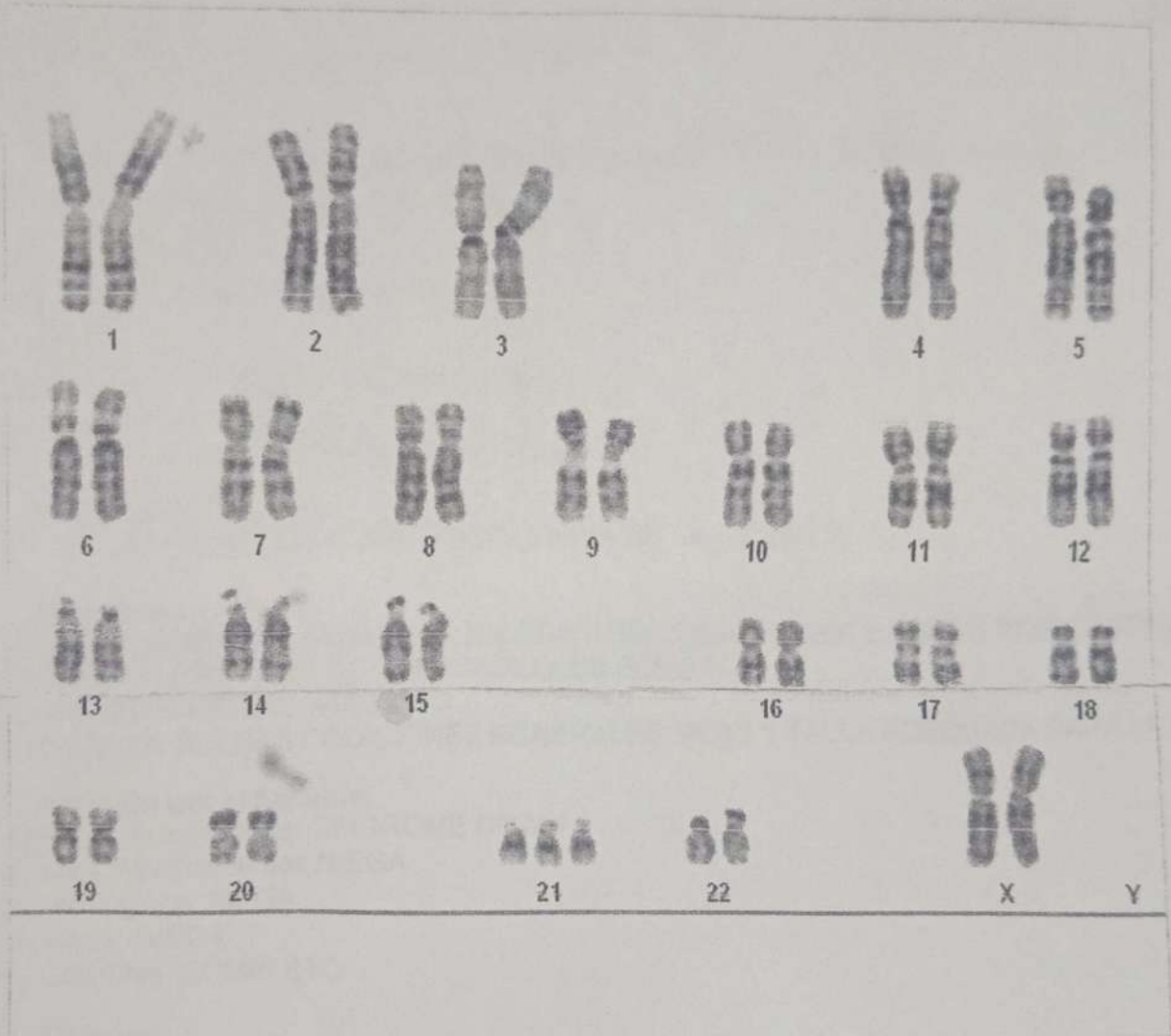
Av. Carrera 24 No. 42-24 Cons. 102 - PBX: 232 96 22 - Fax: 288 98 27 - Bogotá, D.C., - Colombia
www.serviciosmedicosyunisurbay.com.co - E-mail: contasmty@etb.net.co - smyt@etb.net.co

Nombre Paciente / I MIRYORY NICOL PEÑA GONGORA / 1188967378

Fecha de la Prepara 04-Nov-11

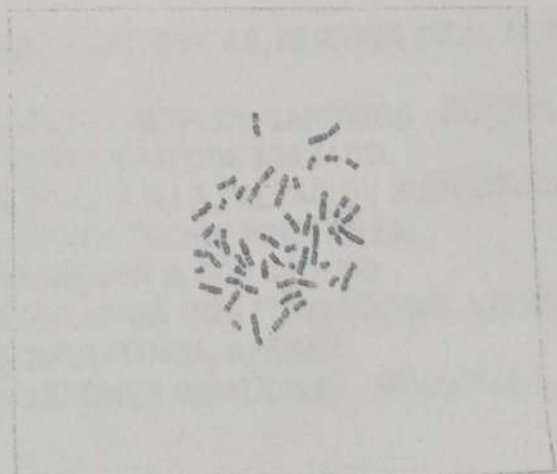
Técnico

JOSE DIONISIO PEREZ



Resultados 47,XX,+21
de la Célula

Notas de la
Célula



Etiqueta - Muestra S01-12

X, Y: 34.0 , 15.3

Fecha del Inf 05-Nov-11

Paciente: MARYORY NICOL PEÑA GONGORA - Tarjeta Identidad 1188967378
 - Id. Paciente 187931
 Edad: 14 Años - Sexo Femenino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2025 UVT
 POSS EVENTO AUTORIZADO-20 **
 Medico Responsable: Jaime Enrique Manotas Casabuenas Registro Médico: 12854-91
 Especialidad Médico Responsable: Pediatría

<<<< Consulta Externa de Medicina Especializada - 29/07/2025 8:16:05a. m. >>>>

IMC: 19.77 Superficie Corporal: 1.35

Especialidad: Pediatría

Finalidad de la Consulta: NO APLICA

Diagnóstico:

Síndrome de down, no especificado (Q909)
 Incontinencia fecal (R15X)
 Incontinencia urinaria, no especificada (R32X)

Motivo de la Consulta:

VALORACION POR PEDIATRIA, EN COMPAÑIA DE ACUDIENTE.

Enfermedad Actual:

INGRESA PACIENTE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE ACUDIENTE MADRE POR CONTROL.
 PACIENTE EN PROCESO DE REALIZACION DE POMEROY.
 ESTADO NUTRICIONAL: ADECUADO
 PACIENTE EN BUENAS CODICIONES GENERALES, PESO Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD.

Revisión por el Sistema:

Patológicos/hospitalarios: SINDROME DOWM
 Alérgicos: Medicamentos NIEGA
 Farmacológicos: NIEGA
 Familiares: NIEGA
 PAI Colombia: COMPLETO

Objetivo

- Examen Físico
 - CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA,
 SIN ADENOMEGALIAS, CUELLO MOVIL.
 TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS CARDICOS, RUIDOS
 RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.
 ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, SIN APARENTE DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL NI
 PROFUNDA, SIN VISCEROMEGALIAS, NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
 EXTREMIDADES: ADECUADO LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEG. NO
 EDEMASNEUROLOGICO: ALERTA, ADECUADA INTERACION CON EXAMINADOR, NO SIGNOS DE
 IRRITACION MENINGEA NI DESIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL.
 C FOCALIZACION PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADA.

Signo Vitales

Talla = 148 Cms
 Peso = 43.3 Kgr

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.105.685.054**

SALAZAR BOCANEGRA

APPELLIDOS

LUIS MIGUEL

NOMBRES

Luis Salazar B

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

18-ABR-1993

**VILLAVICENCIO
(META)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

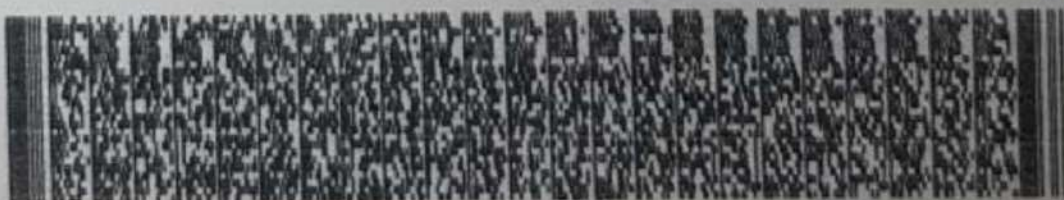
SEXO

19-SEP-2011 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2904600-00341135-M-1105685054-20111015

0028292497A 1

35435481

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

DATOS DE IDENTIFICACION DEL SUJETO

Fecha de consulta: **21/09/2023**

Ficha: **73268070569700000243**

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **LUIS MIGUEL**

Apellidos: **SALAZAR BOCANEGRA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1105685054**

Municipio: **Espinal**

Departamento: **Tolima**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano:

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

MARIA YANET GARCIA VARELA

Dirección:

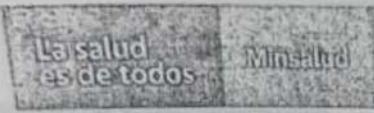
Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3177705500

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
LUIS	MIGUEL	SALAZAR	BOCANEGRA					
1.5 Documento de identidad								
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				1105685054				

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Mes	Día
	2021	8	4
2.3 Departamento	2.4 Municipio		
TOLIMA	ESPINAL		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

	Porcentaje
Dominio	
Cognición	33.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	8.33
Participación	37.50
GLOBAL	16.53

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Codigos Funciones Corporales
b230.4 b240.4
- Codigos Estructuras Córporales
s260.473
- Codigos Actividades y Participación
d310.3 d350.3 d730.2



AUDIOLÓGIA CLÍNICA Y OCUPACIONAL

Nombre del paciente: LUIS MIGUEL SALAZAR BOCANEGRA	Residencia: ESPINAL, TOLIMA.	Sexo: M	Edad: 30 Años
Documento: 1105685054	Entidad: NUEVA EPS	Telefono: 573102812474	Ocupación: NINGUNA

EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA

Fecha : 2023-06-24

Entidad donde se realiza la evaluación: Fundación de Profesionales FUNDEPRO. Carrera 6 No. 5-06. El Espinal, Tolima. Teléfono 2480002.

Equipos Utilizados:

Impedanciometro Madsen zodiac 901, Fecha calibración: 2022-07-15

Audiómetro Beltone 112, Fecha calibración: 2022-07-15

Motivo de Consulta y Remisión:

Remite Otorrinolaringología para valoración audiológica.

Antecedentes Audiológicos:

Disminución Auditiva. Otitis.

Otoscoopia:

Oído Derecho: Restos de cerumen.

Oído Izquierdo: Placas de color blanca en membrana timpánica.

DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Audiometría	Oído Derecho	Hipoacusia sensorineural de grado profundo.
	Oído Izquierdo	Hipoacusia sensorineural de grado severo. Descenso de grado profundo en frecuencia 8000Hz.
Recomendaciones	Control por Otorrinolaringología con resultados. Se sugiere realizar exámenes audiológicos adicionales (Logaudiometría e Impedanciometría). Se recomienda selección y adaptación de ayuda auditiva (audifono) en oído izquierdo.	



DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: LUIS MIGUEL SALAZAR BOCANEGRA	Residencia: ESPINAL, TOLIMA.	Sexo: M	Edad: 32 Años
Documento: 1105685054	Entidad: NUEVA EPS	Teléfono: 573102812474	Ocupación: NINGUNA

EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA

Fecha : 2025-04-07

Entidad donde se realiza la evaluación: Fundación de Profesionales FUNDEPRO. Carrera 6 No. 13-28. El Espinal, Tolima. Teléfono 2480002.

Equipos Utilizados:

Impedanciometro Madsen zodiac 901, Fecha calibración: 2024-07-11

Audiómetro Maico 41, Fecha calibración: 2024-07-11

Motivo de Consulta y Remisión:

Remite Otorrinolaringología para valoración audiológica.

Antecedentes Audiológicos:

Disminución Auditiva.

Otoscopia:

Oído Derecho: Perforación timpánica.

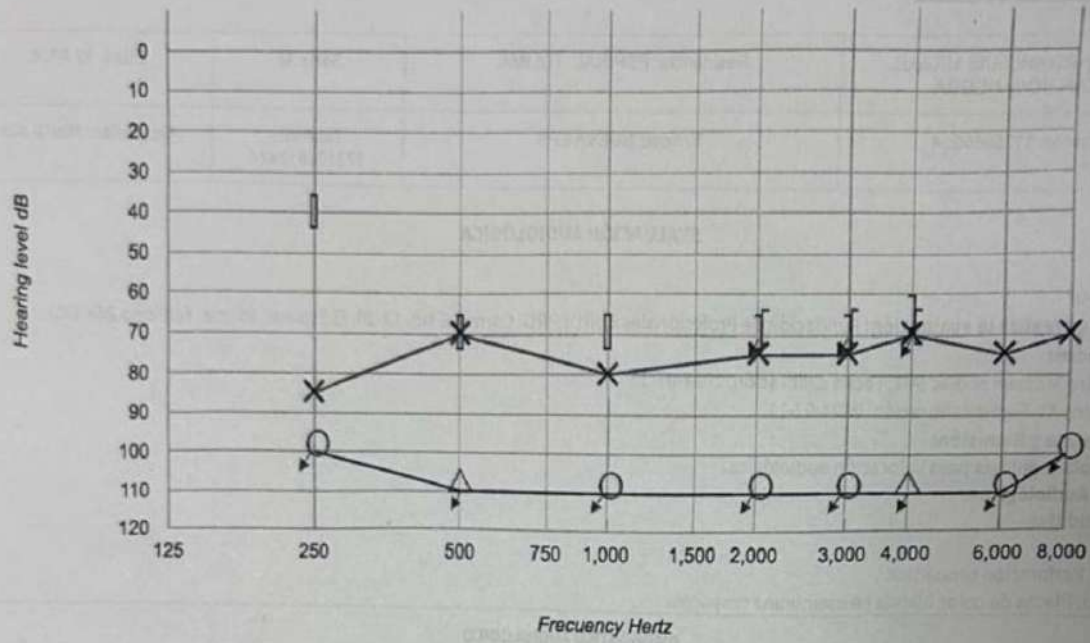
Oído Izquierdo: Placas de color blanca en membrana timpánica.

DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Audiometría	Oído Derecho	Hipoacusia sensorineural de grado profundo.
	Oído Izquierdo	Hipoacusia sensorineural de grado severo. Descenso de grado profundo en frecuencia 250Hz.
Recomendaciones	Control por Otorrinolaringología con resultados. Se sugiere realizar exámenes audiológicos adicionales (Logaudiometría e impedanciometría).	

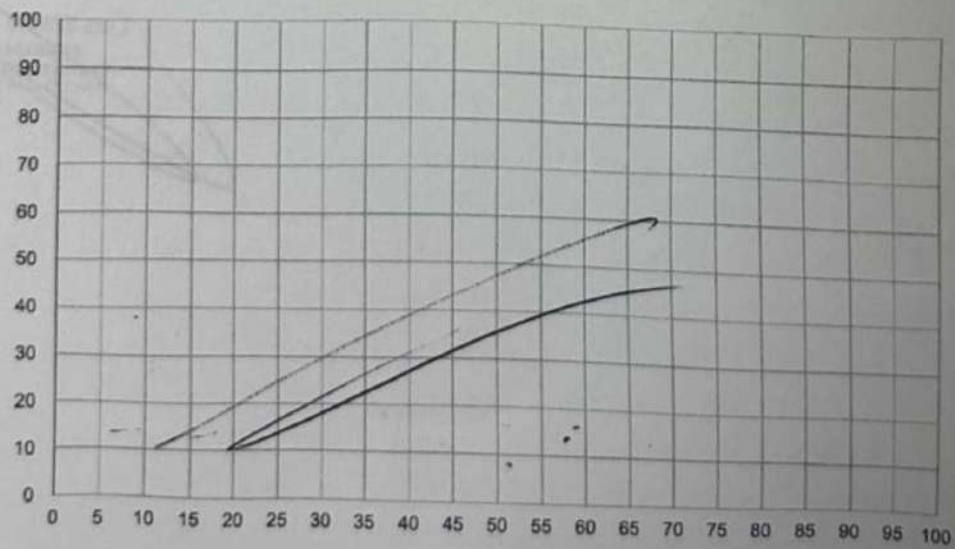
Luis Eladio Mejía López
FONO AUDIÓLOGO
Especialista en Audiología
Especialista en Salud Ocupacional

Audiometría Tonal:



Promedio Tonos Audibles (PTA) Oído Derecho: 110.0 dB
 Promedio Tonos Audibles (PTA) Oído Izquierdo: 75.0 dB

Logaudiometría



Luis Eladio Mejía López
FONOAUDIÓLOGO
Especialista en Audiología
Especialista en Salud Ocupacional
I.P. 10-01667

Luis Eladio Mejía López
Fonoaudiólogo Especialista en Audiología y Salud Ocupacional.
*** Documento firmado digitalmente ***

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.105.673.655**

CARDOZO HERNANDEZ

APELLIDOS

XIMENA

NOMBRES

Ximena Cardozo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

01-JUN-1987

**ESPINAL
(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

07-JUL-2005 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



A-2903100-00828400-F-1105673655-20160518

0049804900A 1

46269279

Registro válido

Fecha de consulta:

20/01/2025

Ficha:

73268039569800000134

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: XIMENA

Apellidos: CARDOZO HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105673655

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/05/2023

Última actualización ciudadano:

13/05/2023

Última actualización via registros administrativos:

25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEduación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICITEX

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
XIMENA		CARDOZO	HERNANDEZ
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
TOLIMA	ESPINAL		
1.7 Documento de Identidad			
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía
			<input checked="" type="checkbox"/>
			Cédula de extranjería
			Pasaporte
			Carnet diplomático
			Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		1105673655	

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Mes	Día
	2023	4	19
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	890701033		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	15.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Codigos Funciones Corporales
b230.4 b310.4
- Codigos Estructuras Corporales
- Codigos Actividades y Participación
d570.1 d640.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182



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

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	NIVEL DE DISCAPACIDAD EN EL DESEMPEÑO	Participación	Actividades de la vida diaria	Relaciones	Cuidado Personal	Movilidad	Cognición	Comunicación
SI	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO	NO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL DE
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.105.670.830

PADILLA MONTEALEGRE

APELLIDOS

DIEGO FERNANDO

NOMBRES

DIEGO FERNANDO PADILLA MONTEALEGRE

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1986
ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.72

ESTATURA G.S. RH
13-MAY-2004 ESPINAL

O+

M

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2904600-00399603-M-1105670830-20120914

0031135381A 1

6381961140

CERTIFICADO DE DEBILIDAD

Registro válido

Fecha de consulta:

27/01/2025

Ficha:

73268398772400030177

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIEGO FERNANDO

Apellidos: PADILLA MONTEALEGRE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105670830

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

10/05/2024

Última actualización ciudadano:

10/05/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

FORMULARIO

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DIEGO	FERNANDO	PADILLA	MONTEALEGRE
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
TOLIMA		ESPINAL	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	----------------------	---	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1105670830

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Mes	Día
	2023	3	30

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	890701033

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	34.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b230.4 b398.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s198.473

3. Codigos Actividades y Participación
d730.2 d879.2 d910.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711



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

NIVEL DE DISCAPACIDAD		CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	
Puntaje	Descripción	SI	NO
0.00	Domino	SI	NO
0.00	Cognición	SI	NO
0.00	Movilidad	SI	NO
0.00	Cuidado Personal	SI	NO
28.00	Relaciones	SI	NO
0.00	Actividades de la Vida Diaria	SI	NO
34.38	Participación	SI	NO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
65708802

NUMERO

ORTIZ ORTEGON

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa F. Ortiz O



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1983

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

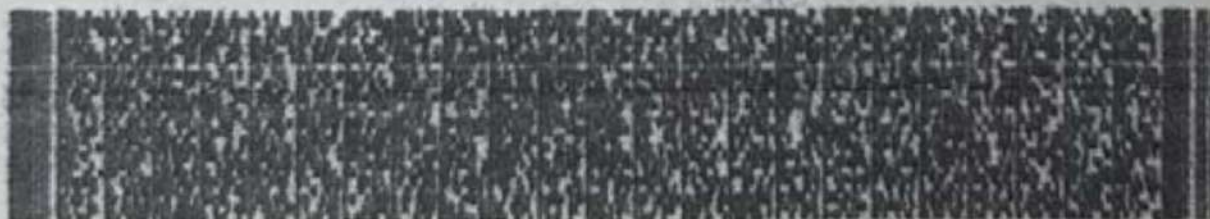
1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-JUN-2001 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2904600-63096082-F-0065708802-20011126

0140901330H 01 119736190

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Registro vñda

Fecha de consulta:

01/09/2025

Ficha:

73268027571400000119

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **LUISA FERNANDA**

Apellidos: **ORTIZ ORTEGON**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **65708802**

Municipio: **Espinal**

Departamento: **Tolima**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

30/10/2020

Última actualización ciudadano:

30/10/2020

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

1. Códigos Funciones Corporativas

6200.4

2. Códigos Evaluación Corporativa

3. Grupos Actividades y Participación

6210.3 1000 y 4070.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
LUISA	FERNANDA	ORTIZ	ORTEGON					
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia						
TOLIMA		ESPINAL						
1.7 Documento de Identidad								
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				65708802				

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Mes	Día
	2022	12	20
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	890701033		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

	Puntaje
Dominio	
Cognición	41.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	9.38
Participación	34.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.4

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d310.3 d850.1 d879.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.105.690.981

OLIVAR VALLEJO

APELLIDOS

DANIELA ANDREA

NOMBRES

Daniela Olivar



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1997
ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

26-NOV-2015 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VECINA



P-2904600-00779229-F-1105690981-20151223

0047840381A 1

48259569

Registro válido

A3

Fecha de consulta:

09/03/2023

Ficha:

73268399565300007416

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIELA ANDREA

Apellidos: OLIVAR VALLEJO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105690981

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

01/03/2023

Última actualización ciudadano:

01/03/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR ANDRES SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Carrera 6 No 8 - 07

Teléfono:

2390314 - 3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre DANIELA
1.2 Segundo nombre ANDREA
1.3 Primer apellido OLIVAR
1.4 Segundo apellido VALLEJO
1.5 Departamento de Residencia TOLIMA
1.6 Municipio de Residencia ESPINAL

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1105690981

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
2.2 Fecha de la Certificación
Año Mes Día
2023 3 9
2.3 Tipo de Entidad Valoradora NI
2.4 Nro. ID Entidad Valoradora 890701033

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Área	Puntaje
Dominio	
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	43.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b230.4 b310.4 b330.4
2. Codigos Estructuras Corporales
s1105.373
3. Codigos Actividades y Participación
d570.1 d879.3 d940.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182



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

CECULA DE
CIUDADANA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos

GOMEZ OLIVAR

NUIP 1.105.675.250

Nombres

ANDRES ENRIQUE

Nacionalidad

COL

Estatura

1.77

Sexo

M

Fecha de nacimiento

02 MAR 2006

G.S.

O+

Lugar de nacimiento

ESPINAL (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición

06 MAR 2024, ESPINAL

Fecha de expiración

17 MAR 2034

Firma

ANDRES ENRIQUE Gomez OLIVAR



Fecha de consulta:

01/09/2025

Ficha:

7326801857150000456

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANDRES ENRIQUE

Apellidos: GOMEZ OLIVAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105675250

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

05/03/2025

Última actualización ciudadano:

05/03/2025

Última actualización via registros administrativos:

06/03/2025

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducat - Ministerio de Educación
- ICETEX - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARV - Unidad para las Víctimas
- DRP - Departamento Nacional de Planeación

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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
ANDRES	ENRIQUE	GOMEZ	OLIVAR					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
TOLIMA	ESPINAL							
1.7 Documento de Identidad								
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				1105675250				

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Mes	Día
	2023	4	20
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	890701033		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	12.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	32.14

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Códigos Funciones Corporales
b230.3 b320.2 b340.2
- Códigos Estructuras Corporales
s260.383
- Códigos Actividades y Participación
d310.2 d350.1 d820.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.105.688.297**

GARAY FRANCO

APELLIDOS

CARLOS ARBEY

NOMBRES

CARLOS

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-SEP-1995**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

08-ENE-2014 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



0052195-M-1105688297-20140304

0037567881A 2

41255503

Registro válido

Fecha de consulta:

21/04/2025

Ficha:

73268042569400000290

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS ARBEY

Apellidos: GARAY FRANCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105688297

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/11/2020

Última actualización ciudadano:

12/11/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

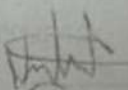
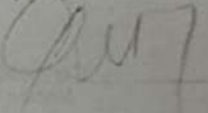
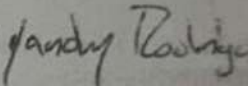
3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

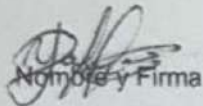
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970 
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828 
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711 

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, **CARLOS ARBEY GARAY FRANCO** manifiesto que: **SI**
 estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.


 Nombre y Firma

65552306

Documento: CC-1105688297

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



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

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre CARLOS	1.2 Segundo nombre ARBEY	1.3 Primer apellido GARAY	1.4 Segundo apellido FRANCO
1.5 Documento de identidad			
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía
			<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de extranjería
			Pasaporte
			Carnet diplomático
			Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		1105688297	

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2.2 Fecha
	Año Mes Día 2021 10 6
2.3 Departamento TOLIMA	2.4 Municipio ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	NO	X
Visual	SI	NO	X
Auditiva	SI <input type="checkbox"/>	X NO <input type="checkbox"/>	
Intelectual	SI	NO	X
Psicosocial (Mental)	SI	NO	X
Sordoceguera	SI	NO	X
Múltiple	SI	NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

	Porcentaje
Dominio	
Cognición	66.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	37.50
GLOBAL	25.69

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.4 b310.3 b320.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.373

3. Codigos Actividades y Participación

d310.3 d820.2 d879.2

LIBRERIA
LO
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.629.043**
LLANOS

APELLIDOS
ANDRES

NOMBRES

Andrés Garzón
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1930**
GARZON
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

O+

M

ESTATURA

G S RH

SEXO

21-AGO-1955 GARZON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Amel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



1 788 1000 00058563 M 0001629043 20080824 0002576006A 1 6406607178



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: ANDRES LLANOS - Cedula de Ciudadania 1629043
- Id. Paciente 84646
Edad: 92 Años - Sexo Masculino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2023 -
Médico Responsable: RAUL ANTONIO PEDREROS Registro Médico: 258112
Especialidad Médico Responsable: HUERTAS Ortopedia

- * Valoración Integral:
 - Grado de Dolor: 2 - 3.9 Leve
 - Estado Funcional: 100 Independiente
 - Estado Nutricional: 18.5 - 24.99 Normal
 - Estado Mental: Eutimia

* Análisis:

PACIENTE HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE FRACTURA DE RADIO DISTAL TRANSVERSAL COMPLETA DESPLAZADA IMPACTADA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO Y FRACTURA INTERTROCANTÉRICA DEL FÉMUR IZQUIERDO Y ANEMIA MACROCÍTICA. PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, OXIMETRÍAS EN METAS AL AMBIENTE. EXTREMIDADES: MUÑECA IZQUIERDA INOMIBILIZADA, ESTABLE, SIN EDEMA, ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL, MOVILIDAD DISTAL CONSERVADA EN DEDOS, ARCOS DE MOVILIDAD DISTALES CONSERVADOS, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADA. SE EVIDENCIA ACORTAMIENTO DE PIERNA IZQUIERDA CON ROTACIÓN EXTERNA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL. 16/08/2023 VITAMINA B12 SÉRICA EN 284.6 Y ÁCIDO FÓLICO EN 9.34, HEMOGRAMA DE HOY SIN LEUCOCITOSIS, NEUTROFILIA LEVE, ANEMIA MODERADA, TROMBOCITOPENIA. SE CONTINUA TRÁMITE DE REMISIÓN A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN CON DISPONIBILIDAD DE BANCO DE SANGRE POR RIESGO DE COMPLICACIÓN DEBIDO A LA ANEMIA Y TROMBOCITOPENIA SEVERA. SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

* EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS

Orden Nro. 4807174 HOSPITALIZACION PISO 3 GENERAL
- TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO TAB INTERMUNICIPAL X KMS (S31302) -

* Plan:

CONTINUAR TRAMITE DE REMISION A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN CON DISPONIBILIDAD DE BANCO DE SANGRE
CONTINUAR MANEJO MEDICO INTSTAUADO
CSV / AC

Días de Incapacidad: 0

Destino: Ambulatorio

Médico Registra

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso por Suly Duran

17/08/2023

5:23:16p. m.

5 de 6



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: ANDRES LLANOS - Cedula de Ciudadania 1629043
- Id. Paciente 84646
Edad: 92 Años - Sexo Masculino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2023 -
POSS EVENTO AUTORIZADO **
Médico Responsable: RAUL ANTONIO PEDREROS HUERTAS Registro Médico: 258112
Especialidad Médico Responsable: Ortopedia

<<<< Consulta de Urgencias por Medicina General - 12/08/2023 10:54:39a. m. >>>>

IMC: 0.00 Superficie Corporal: 0.00

Especialidad: Medicina General

Finalidad de la Consulta: No Aplica

* Diagnóstico:

- Contusion de otras partes de la muñeca y de la mano (S602)
- Contusion de la cadera (S700)

* Motivo de la Consulta:

- SE CAYO

* Enfermedad Actual:

- PACIENTE DE 92 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON POISTERIRO TRAUAM EN MUÑECA Y CADERA IZQUEIRDA, REFIERE DOLOR A ESE NIVEL POR LO QUE CONSULTA

* Antecedentes

- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 11; PROTESI DENTOMUCOSOPORTADA
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 12; PROTESI DENTOMUCOSOPORTADA
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 13; PROTESI DENTOMUCOSOPORTADA
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 14; PROTESI DENTOMUCOSOPORTADA
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 15;
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 16; EXODNCIA INDICDA
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 17;
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 18;
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 21;
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 22;
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 23;
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 24;
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 25; PROTESI DENTOMUCOSOPORTADA
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 26; PROTESI DENTOMUCOSOPORTADA
- Odontograma Adultos; Odontologicos; D. 27; PROTESI DENTOMUCOSOPORTADA

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Suly Duran

17/08/2023

5:23:07p. m.

1 de 6

HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: ANDRES LLANOS - Cedula de Ciudadania 1629043
- Id. Paciente 84646
Edad: 92 Años - Sexo Masculino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2023 -
POSS EVENTO AUTORIZADO **
Médico Responsable: RAUL ANTONIO PEDREROS HUERTAS Registro Médico: 258112
Especialidad Médico Responsable: Ortopedia

- TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT] -
- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS -
Orden Nro. 4801262 URGENCIAS - OBSERVACION HOMBRES
- RADIOGRAFIA DE MANO Y O DEDOS DE MANO - MANO DERECHA
Orden Nro. 4801227 URGENCIAS - OBSERVACION PASILLO
- INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS - VAL POR ORTOPEDIA
Orden Nro. 4801226 URGENCIAS - OBSERVACION PASILLO
- HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS
INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES
PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO -
Orden Nro. 4801181 URGENCIAS - CONSULTORIO
- RADIOGRAFIA DE MUÑECA - IZQUIERDA
- RADIOGRAFIA DE PELVIS O CADERA O ARTICULACION COXO FEMORAL AP
LATERAL - IZQUEIRDA

* Concepto:
- PACIENTE DE 92 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION
CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUAM EN MUÑECA
Y CADERA IZQUEIRDA, REFIERE DOLOR A ESE NIVEL POR LO QUE CONSULTA, PACIENTE EN
ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE
DIFICULTAD RESPIRATORIA, OXIMETRIAS EN METAS AL AMBIENTE, EXTREMIDADES:
SIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR
MENOR DE DOS SEGUNDOS, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, A NIVEL DE MUÑECA
IZQUIERDA CON DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL, A NIVEL DE CADERA
IZQUIERDA CON DOLOR A LA PALPACION, LIMITACION FUNCIONAL, PIEL: PQÑO HEMATOMA
EN REGION CILIAR IZQUIERDA, PACIENTE CONTUSION DE MUÑECA Y CADERA IZQUIERDA, SE
INGRESA PARA MANEJO MEDICO, SS RX DE CADERA Y MUÑECA IZQUIERDA PARA TOMA DE
CONDUCTAS.

REVALROCIÓN MÉDICA 11:29 HRS

RX DE MUÑECA IZQUEIRDA: FX DE EPIFISIS DISTAL DE RADIO
RX DE CADERA IZQUEIRDA: FX INTERTROCANTERICA DE FEMUR

PACIENTE CON FX DE EPIFISIS DISTAL DE RADIO Y FX INTERTROCANTERICA DE FEMUR
IZQUEIRDO POR LO QUE SE INDICA HOSPITALIZAR PARA VALORACION POR ORTOPEDIA

DX
FX DE EPIFISIS DISTAL DE RADIO IZQUIERDA

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482613
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Suly Duran

17/08/2023

5:23:07p. m.

5 de 6



Registro válido

Fecha de consulta:

03/09/2025

Ficha:

73268398772400040445

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANDRES

Apellidos: LLANOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1629043

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

09/05/2025

Última actualización ciudadano:

09/05/2025

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

Registro válido

Fecha de consulta: 02/09/2025

Ficha: 73268058569600000071

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILY JOHANA

Apellidos: ALVAREZ VICAÑO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105674420

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/10/2020

Última actualización ciudadano: 27/10/2020

Última actualización via registros administrativos:

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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EMILY	JOHANA	ALVAREZ	VICAÑO

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	-------------------------------------	----------------------	-----------------------	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1105674420

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Mes	Día
	2021	4	12
2.3 Departamento	2.4 Municipio		
TOLIMA	ESPINAL		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

Dominio	Porcentaje
Cognición	70.83
Movilidad	25.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	53.57
GLOBAL	41.98

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2300.4 b2301.4 b2304.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.473

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d310.3 d350.3



La salud es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970 <i>Natalia Vargas</i>
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828 <i>ANA MILENA MAHECHA MONTILLA</i>
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711 <i>Yandry Rodriguez</i>

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, EMILY JOHANA ALVAREZ VICANO manifiesto que: SI
 estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Emily Johana Alvarez Vicano
 Nombre y Firma

65 699 193
 Documento: TI-1105674420

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



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.699.153**
VICANO BERU

APELLIDOS
HILDA

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



ADICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-SEP-1971**
ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 **O+** **F**
ESTATURA G.S. PH SEXO

13-OCT-1989 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *[Signature]*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A-296-1600-0-069642-F-036699153-20740912

0003301633A 1

6400003731



Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:

08/07/2025

Ficha:

73268398572200007720

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NICOLAS ANDRES

Apellidos: ORTEGON RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105691135

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/10/2021

Última actualización ciudadano: 25/10/2021

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.105.691.135

ORTEGON RODRIGUEZ

APELLIDOS

NICOLAS ANDRES

NOMBRES

Nicolas Ortégón

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1997

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

07-ENE-2016 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS DALNIDO SECHA



P-2904600-00789699-M-1105691135-20160217 0048419343A 1 46268988



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
NICOLAS	ANDRES	ORTEGON	RODRIGUEZ
1.5 Documento de identidad			
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía
			<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de extranjería
			Pasaporte
			Carnet diplomático
			Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		1105691135	

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Mes	Dí
	2022	10	6
2.3 Departamento	2.4 Municipio		
TOLIMA	ESPINAL		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

Dominio	Porcentaje
Cognición	54.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	37.50
GLOBAL	34.24

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Codigos Funciones Corporales
b117.3 b122.1 b164.3
- Codigos Estructuras Corporales
- Codigos Actividades y Participación
d155.2 d570.1 d879.2

Handwritten signature and date:
 Recibido
 2022-10-18



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, NICOLAS ANDRES ORTEGON RODRIGUEZ manifiesto que: SI

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

Nombre y Firma

65692.617
Documento: CC-1105691135

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



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

Registro válido

Fecha de consulta:

02/09/2025

A5

Ficha:

73268042569400000146

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN JOSE

Apellidos: GIL LOPEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007492229

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

04/11/2020

Última actualización ciudadano:

22/03/2023

Última actualización via registros administrativos:

25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.492.229

GIL LOPEZ

REPÚBLICA DE
COLOMBIA

APELLIDOS

JUAN JOSE

NOMBRES

Juan Jose Gil Lopez



FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-2003

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

08-MAR-2021 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEIGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-2904600-01221726-M-1007492229-20210312

0073728088A 1

8501668314



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JUAN	JOSE	GIL	LOPEZ

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	-------------------------------------	----------------------	-----------------------	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1007492229

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2021	2	19

2.3 Departamento	2.4 Municipio
TOLIMA	ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

Dominio	Porcentaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	75.00
GLOBAL	51.46

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Codigos Funciones Corporales
b117.3 b122.3 b126.2
- Codigos Estructuras Corporales
- Codigos Actividades y Participación
d310.3 d598.2 d760.3

Accesibilidad



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, JUAN JOSE GIL LOPEZ manifiesto que: SI
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Juan Jose Lopez
Nombre y Firma

65707262
Documento: TI-1007492229

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



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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 65.707.262

LOPEZ RIVERA

APELLIDOS

JANNETH

NOMBRES

JANNETH LOPEZ RIVERA

FIRMA



ÍNDICE DE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1981

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

27-JUL-1999 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2904800-01318832-F-0065707262-20220914

00B5290575A 1

8505326128

Registro válido

Fecha de consulta:

02/09/2025

Ficha:

73268058569600000178

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KEVIN DUVAN

Apellidos: DUARTE REYES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105691552

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

05/11/2020

Última actualización ciudadano:

05/11/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@eespinal-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.105.691.552**

DUARTE REYES

APELLIDO

KEVIN DUVAN

NOMBRES

KEVIN DUARTE

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

**ESPINAL
(TOLIMA)**

16-MAR-1998

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

22-ABR-2016 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JOSE CARLOS GALINDO YACUA

INDICE DERECHO



P-2904600-00834953-M-1105691552-20160603

0050011876A 1

45468472



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
KEVIN	DUVAN	DUARTE	REYES

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacimiento	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			1105691552				

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

1. IPS donde se realiza la certificación SERVINTEGRALES A&A SAS	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
	2021	10	8
2.3 Departamento TOLIMA	2.4 Municipio ESPINAL		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

Dominio	Porcentaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	31.25
GLOBAL	35.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b163.3 b164.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s130.388

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d598.3 d879.2



La salud es de todos

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
INGRID LORENA CUELLAR ESPINOZA	Medicina	CC-1105678485
VIVIANA FARLEY SANCHEZ BETANCOURT	Psicología	CC-28821744
CARLOS ALMIR MONTEALEGRE ROMERO	Enfermería	CC-93136676

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, KEVIN DUVAN DUARTE REYES manifiesto que: SI NO
 estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Sanita Reyes Huelas
 Nombre y Firma

65.704.092
 Documento: CC-1105691552

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. SI NO



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

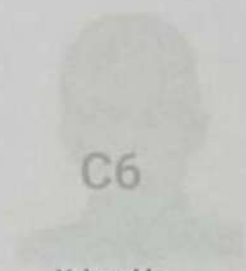
Registro válido

Fecha de consulta:

01/09/2025

Ficha:

73268398572400000371



C6

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: NELSON JAVIER
Apellidos: BOCANEGRA GALEANO
Tipo de documento: Tarjeta de identidad
Número de documento: 1188964501
Municipio: Espinal
Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/05/2021
Última actualización ciudadano: 04/05/2021
Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: VICTOR SANDOVAL GUZMAN
Dirección: Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro
Teléfono: 3209154652
Correo Electrónico: sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

- 1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
• MinEducación - Ministerio de Educación
• ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
• ICETEX

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.188.964.501

BOCANEGRA GALEANO

PELLIDOS

NELSON JAVIER

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-2009

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

14-MAY-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

20-MAY-2016 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

G S RH

M

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
SAN CARLOS GUANELO VILLALBA

INDICE DERECHO



P-2904600-00836998-M-1188964501-20160614

0050084711A 1

46573477

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.105.680.596**
BOCANEGRA CASTIBLANCO

APELLIDOS
ALONSO JAVIER

NOMBRES
Alonso J Bocanegra C

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-1990**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-JUL-2008 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSEL BARRAZA TORRES



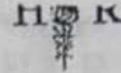
A.2904000-00389085-M-1105680596-20120719

0030560244A 1

6481915208



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION



52

Paciente: NELSON JAVIER BOCANEGRA GALEANO - Tarjeta Identidad 1188964501
- Id. Paciente 326660
Edad: 12 Años - Sexo Masculino - COMPARTA EPS EN LIQUIDACION ** 2016 - VIG C. Espec
Tarifa Propia **
Médico Responsable: Jaime Vengoechea O Registro Médico: 7434720 CC 74
Especialidad Médico Responsable: Psiquiatría

<<<< Consulta Externa de Medicina Especializada - 27/05/2016 6:15:13p.m. >>>>

IMC: 0.00 Superficie Corporal: 0.00

Especialidad: Psiquiatría

Finalidad de la Consulta: No Aplica

* Diagnóstico:

- Autismo en la niñez (F840)

* Antecedentes

- Anamnesis ODON; Odontologicos; Cepillado; 2 VECES AL DIA

- Anamnesis ODON; Odontologicos; Seda Dental; NO UTILIZA

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 51;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 52;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 53;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 54;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 55; CARIES O

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 61;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 62;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 63;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 64;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 65; CARIES O

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 71;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 72;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 73;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 74; CARIES O

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 75; CARIES O

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 81;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 82;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 83;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 84;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 85; CARIES O

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Stella Gonzalez Lozano

21/01/2022

9:44:50a.m.

1 de 2



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: NELSON JAVIER BOCANEGRA GALEANO - Tarjeta Identidad 1188964501
- Id. Paciente 326660
Edad: 12 Años - Sexo Masculino - COMPARTA EPS EN LIQUIDACION ** 2016 - VIG C. Espec
Tarifa Propia **
Médico Responsable: Jaime Vengoechea O Registro Médico: 7434720 CC 74
Especialidad Médico Responsable: Psiquiatría

* MEDICAMENTOS FORMULADOS

Orden Nro. 1354852 - CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 10
- Risperidona 1 mg Tableta
-Obs:
-Resp: Jaime Vengoechea O

* EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS

Orden Nro. 1960715 CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 10
- CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS
- PSIQUIATRIA EN UN MES

* Concepto:

- TRAI DO POR EL ABUELO PATERNO EL NIÑO PRESENTA MOVIMIENTOS PENDULARES ESTEROTIPADOS DEL TORAX , NO HA DESARROLLADO LENGUAJE, PCO CONTACTO SOCIAL , EMITE VOCES DE IN FANTE MUY PEQUEÑO, RABIETAS, CRISIS DE LLANTO REPENTINO, DUERME BIEN ESTA EN TRANSICION ESCOLAR NO ESPECIALIZADA, DEFICIT DE MOTRICIDAD FINA, CONTROL DE ESFINTERE PRESENTE, CUADRO DE APARICION TEMPRANA PROBABLE DESDE EL PRIMER AÑO. MADRE JOVEN , NO SE ENCUENTRA DATOS PRENATALES DE NOXAS MATERNAS, SO RISPERIDONA UN MG POR DIA A.M TERAPIAS ESPECIFICAS OCUPACIONAL, DEL LENGUAJE ETC. CONTROL EN UN MES MAYO 27 2016 MEJORIA CLINICA CONDUCTUAL SE CONTINUA IGUAL TRATAMIENTO

Dias de Incapacidad: 0

Destino: Ambulatorio

Médico Registra

.....

Doctor: Jaime Vengoechea O

Reg. Médico: 7434720 CC 7434720
.....

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 8 29 Teléfonos 2482618 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Stella Gonzalez Lozano

21/01/2022

9:44:50a.m.

2 de 2



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: NELSON JAVIER BOCANEGRA GALEANO - Tarjeta Identidad 1188964501
- Id. Paciente 326660
Edad: 12 Años - Sexo Masculino - COMPARTA EPS EN LIQUIDACION ** 2016 - Evento Autorizado
Mediana Complejidad **
Médico Responsable: Wilder de Jesus Moscote De Luque Registro Médico: 73231 CC 7996
Especialidad Médico Responsable: Pediatría

<<<< Consulta Externa de Medicina Especializada - 03/02/2016 9:59:29a.m. >>>>

IMC: 15.36 Superficie Corporal: 0.93

Especialidad: Pediatría

Finalidad de la Consulta: No Aplica

* Diagnóstico:

- Retardo en desarrollo (R620)
- Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (F808)

* Motivo de la Consulta:

- CONTROL

* Enfermedad Actual:

- PACIENTE CON RETARDO EN EL DESARROLLO Y DEL HABLA . EN ESTUDIO POR NEUROPEDIATRIA. QUIEN SOLICITA EXAMNES PARA CLINICOSA ESPECIALIZADOS

* Antecedentes

- Anamnesis ODON; Odontologicos; Cepillado; 2 VECES AL DIA

- Anamnesis ODON; Odontologicos; Seda Dental; NO UTILIZA

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 51;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 52;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 53;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 54;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 55; CARIES O

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 61;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 62;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 63;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 64;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 65; CARIES O

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 71;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 72;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 73;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 74; CARIES O

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 75; CARIES O

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482618 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Stella Gonzalez Lozano

21/01/2022

9:47:29a.m.

1 de 3



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: NELSON JAVIER BOCANEGRA GALEANO - Tarjeta Identidad 1188964501
- Id. Paciente 326660
Edad: 12 Años - Sexo Masculino - COMPARTA EPS EN LIQUIDACION ** 2016 - Evento Autorizado
Mediana Complejidad **
Médico Responsable: Wilder de Jesus Moscote De Luque Registro Médico: 73231 CC 7994
Especialidad Médico Responsable: Pediatría

- Odontograma Niños; Odontológicos; D. 81;
- Odontograma Niños; Odontológicos; D. 82;
- Odontograma Niños; Odontológicos; D. 83;
- Odontograma Niños; Odontológicos; D. 84;
- Odontograma Niños; Odontológicos; D. 85; CARIES O

* Revisión por el Sistema:
ANTECEDENTES DE RETARDO PSICOMOTOR

- * Objetivo
- Examen Físico
- PACIENTE CON RETARDO PSICOMOTOR

- * Signo Vitales
- Pulso = 80 x/min
- F.C = 80 x/min
- F.R = 20 x/min
- Temperatura = 37 °C
- Talla = 125 Cms
- Peso = 25 Kgr

- * Zonas Anatómicas
- * (Piel y Anexos = NORMAL)
- * (Cabeza y Cuello = NORMAL)
- * (Organos de los sentidos Optometría = NORMAL)
- * (Torax Cardiopulmonar = NORMAL)
- * (Abdomen- Genito Urinario - Ano = NORMAL)
- * (Extremidades-Osteoarticular = NORMAL)
- * (Neurologico = RETARDO PSICOMOTOR)

* EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS
Orden Nro. 1829488 CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 10
- CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS
- CONTROL EN 1 MES

- SS
- AMINOACIDOS CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN SANGRE : CODIGO CUPS 908102
- AMINOACIDOS CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN ORINA: 908101
- ACIDO PIRUVICO CODIGO CUPS 903112
- ACIDO LACTICO POR FLUOROMETRIA CODIGO CUPS 903110
- AMONIO EN SANGRE 903602

Orden Nro. 1829484 CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 10
- CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS
- CONTROL EN 1 MES

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482619 2482913
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Stella Gonzalez Lozano

21/01/2022

9:47:29a.m.

2 de 3



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: NELSON JAVIER BOCANEGRA GALEANO - Tarjeta Identidad 1188964501
- Id. Paciente 326660
Edad: 12 Años - Sexo Masculino - COMPARTA EPS EN LIQUIDACION ** 2016 - Evento Autorizado
Mediana Complejidad **
Médico Responsable: Wilder de Jesus Moscote De Luque Registro Médico: 73231 CC 7996
Especialidad Médico Responsable: Pediatría

SS

- AMINOACIDOS CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN SANGRE : CODIGO CUPS 908102
- AMINOACIDOS CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN ORINA: 908101
- ACIDO PIRUVICO CODIGO CUPS 903112
- ACIDO LACTICO CODIGO CUPS 903110
- AMONIO EN SAGRE 903602

* Concepto:

- SE CONTINUARA ESTUDIO POR NEUROPEDAITRIA , ACTUALMENTE ES ESTUDIO SE SOLICITARON AMONIACIDOS EN ORINA Y EN SANGRE. ADICIONAL ACIDO PIRUVICO, ciso ICTICO POR FLUOROMETRIA Y AMONO EN SANGRE CITA EN 1 MES

Dias de Incapacidad: 0

Destino: Ambulatorio

Médico Registra

Doctor: Wilder de Jesus Moscote De Luque

Reg. Médico: 73231 CC 79960504

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Siella Gonzalez Lozano

21/01/2022

9:47:29a.m.

3 de 3



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: NELSON JAVIER BOCANEGRA GALEANO - Tarjeta Idntidad 1188964501
- Id. Paciente 326660
Edad: 12 Años - Sexo Masculino - COMPARTA EPS EN LIQUIDACION ** 2016 - Evento Autorizado
Mediana Complejidad **
Médico Responsable: ISMAEL OSIRIS PERDOMO PUENTES Registro Médico: 93408218 CC
Especialidad Médico Responsable: Pediatría

<<<< Consulta Externa de Medicina Especializada - 08/06/2016 4:02:38p.m. >>>>

IMC: 0.00 Superficie Corporal: 0.00

Especialidad: Pediatría

Finalidad de la Consulta: No Aplica

* Diagnóstico:

- Autismo en la niñez (F840) ✓

* Motivo de la Consulta:

- REMITIDO DE GENETICA.

* Enfermedad Actual:

- PACIENTE QUIEN ACUDE A GENETICA POR TRASTORNO DE LA CONDUCTA
PROBABLEMENTE ESPECTRO AUTISTA QUE YA HA SIDO ESTUDIADO POR NEUROPEDIATRIA
SIN ECONSTRAR LA CAUSA POR LO QUE SOLICITA PRUEBA DIAGNOSTICA MOLECULAR DEL GEN
FMR1 QUE ES UNA PRUEBA QUE ESTA INCLUIDA DENTRO DEL POS SEGUN LA RESOLUCIO
5592 DEL 24 DE DICIEMBRE DEL 2015, CODIO CUPS 908420

* Antecedentes

- Anamnesis ODON; Odontologicos; Cepillado; 2 VECES AL DIA

- Anamnesis ODON; Odontologicos; Seda Dental; NO UTILIZA

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 51;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 52;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 53;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 54;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 55; CARIES O

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 61;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 62;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 63;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 64;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 65; CARIES O

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 71;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 72;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 73;
- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 74; CARIES O

- Odontograma Niños; Odontologicos; D. 75; CARIES O

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Stella Gonzalez Lozano

21/01/2022

9:43:01a.m.

1 de 2



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: NELSON JAVIER BOCANEGRA GALEANO - Tarjeta Identidad 1188964501
- Id. Paciente 326660
Edad: 12 Años - Sexo Masculino - COMPARTA EPS EN LIQUIDACION ** 2016 - Evento Autorizado
Mediana Complejidad **
Médico Responsable: ISMAEL OSIRIS PERDOMO PUENTES Registro Médico: 93408218 CC 1
Especialidad Médico Responsable: Pediatría

- Odontograma Niños; Odontológicos; D. 81;
- Odontograma Niños; Odontológicos; D. 82;
- Odontograma Niños; Odontológicos; D. 83;
- Odontograma Niños; Odontológicos; D. 84;
- Odontograma Niños; Odontológicos; D. 85; CARIES O

* Revisión por el Sistema:
RETARDO COGNITIVO

* Objetivo
- Examen Físico
- NO ESTABLECE CONTACTO CON EL EXAMINADOR.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS.
COMPORTAMIENTO AUTISTA.

* Signo Vitales
- Pulso = 100 x/min
- F.C = 100 x/min
- F.R = 16 x/min
- Temperatura = 36.8 °C
- Peso = 26 Kgr

* Concepto:
- SE SOLICITA ESTUDIOS YA SOLICITADOS POR GENETICA.

Días de Incapacidad: 0
Destino: Ambulatorio

Médico Registra

Doctor: ISMAEL OSIRIS PERDOMO PUENTES
Reg. Médico: 93408218 CC 93408218

Registro válido

Fecha de consulta:

02/09/2025

Ficha:

73268005570700000388

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SANDRA PATRICIA

Apellidos: HERRAN NUÑEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 65704048

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

25/11/2020

Última actualización ciudadano:

25/11/2020

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 65.704.048

HERRAN NUÑEZ

APELLIDOS

SANDRA PATRICIA

NOMBRES

NO FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-ENE-1974

ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

01-JUN-1995 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ADEL SÁNCHEZ TORRES



A-2904600-00110562-F-0065704048-20081024

0004783186A 1

6490009129



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SANDRA	PATRICIA	HERRAN	NUÑEZ
1.5 Documento de identidad			
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía
			X Cédula de extranjería
			Pasaporte
			Carnet diplomático
			Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		65704048	

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Mes	Día
	2021	8	13
2.3 Departamento	2.4 Municipio		
TOLIMA	ESPINAL		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

Dominio	Porcentaje
Cognición	66.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	45.00
Participación	18.75
GLOBAL	37.99

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b160.3 b330.3

2. Codigos Estructuras Corporales

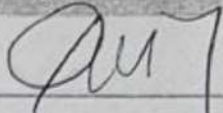
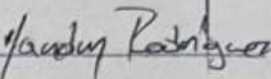
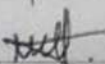
s1100.173

3. Codigos Actividades y Participación

d161.1 d310.3 d640.2

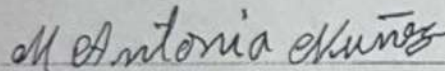
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828 
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711 
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182 

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, SANDRA PATRICIA HERRAN NUÑEZ manifiesto que: SI
 estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.


 Nombre y Firma

65-690302
 Documento: CC-65704048

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



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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182



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

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

(persona en edad económicamente activa)

DECRETO 1507 AGOSTO 12 de 2014 RESOLUCION 3745 de 2015

6	DEFICIENCIA EN EL MOVIMIENTO DE LA RODILLA IZQUIERDA	14.12						0.00	0	NO
7	DEFICIENCIA PRIMER DEDO IZQUIERDO	14.8						0.00	0	NO

%Total Deficiencia (sin ponderar): 85.15

CFP: Clase Factor principal	CFM: Clase Factor Modulador	CFU: Clase Factor único
Formula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP) + (CFM2-CFP) + (CFM3-CFP)		
Formula de Balthazar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar		
Combinación de valores:	A+ (100-A) *B	A: Deficiencia de mayor valor
	100	B: Deficiencia de menor valor

VALOR FINAL DE LA PRIMERA PARTE (TITULO PRIMERO)		
CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA:	% Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5	42.58

2. OTRAS INTERCONSULTAS

2.1 FUNDAMENTACIÓN ROL LABORAL (SUSTENTACIÓN CAPACIDAD/DESEMPEÑO Y AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICAS)

Paciente en seguimiento y tratamiento continuo por medicina especializada. En el momento con un cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas con limitaciones y restricciones completas para iniciar, desarrollar y finalizar las tareas principales o secundarias del puesto.

Restricción en el rol laboral		
Tabla	Categoría / Nombre	Porcentaje(%)
1	Restricciones del rol laboral	20
Restricción en función de la autosuficiencia económica		
2	Restricciones autosuficiencia económica	0
En función de edad cronológica por edad cumplida al momento de calificar		
3	Restricciones en función de la edad cronológica	1.5
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)		21.5

2.2 FUNDAMENTACIÓN DE OTRAS AREAS OCUPACIONALES(SUSTENTACIÓN LIMITACIONES AVD y AVDI)

Como consecuencia de las deficiencias calificadas y según las actividades de la vida diaria: Dificultad moderada dependencia moderada en el área ocupacional de la comunicación para actividades como: habla, palabras frases y párrafos, iniciar y sostener conversación; en el área ocupacional de la movilidad para realizar actividades como: Cambiar posturas corporales básicas y de lugar, mantener la posición del cuerpo, levantar y llevar objetos, uso fino de la mano, andar y desplazarse por el entorno, desplazarse por distintos lugares, desplazarse utilizando algún tipo de equipo; en el área ocupacional del cuidado personal para realizar actividades como: lavarse, cuidado de partes del cuerpo, vestirse, ponerse el calzado, cuidado de la propia salud; en el área ocupacional de la vida doméstica para ejecutar actividades como: realizar los quehaceres de la casa, cuidado de los objetos del hogar.

CLASE	VALOR	Tabla 4 Escala de calificación de otras áreas de ocupacionales y valores
A	0.0	No hay dificultad, no dependencia
B	0.1	Dificultad leve, no dependencia
C	0.2	Dificultad moderada, dependencia moderada
D	0.3	Dificultad severa -dependencia severa
E	0.4	Dificultad Completa- dependencia Grave completa

COD	AREA OCUPACIONAL	Tabla 4 Escala de calificación de otras áreas de ocupacionales y valores										
		d110	d115	d140	d145	d150	d155	d160	d165	d170	d175	d175
d1	Tabla 6 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d3	Tabla 7 Comunicación	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	
		0	0	0	0	0.2	0	0	0.2	0	0	0.4
d4	Tabla 8 Movilidad	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	
		0.2	0.2	0.2	0.2	0	0.2	0.2	0.2	0	0	1.4
d5	Tabla 9 Autocuidado - cuidado personal	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	
		0.2	0.2	0	0.2	0	0.2	0	0	0.2	0	1
d6	Tabla 10 Vida doméstica	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	
		0	0	0	0	0.2	0	0.2	0	0	0	0.4

Resumen de Atención

Página 1 de 2

Fecha Atención:	22/ago/2025 09:09 a. m.	Fecha Impresión:	22/ago/2025 09:32 a. m.
Paciente:	LUIS GIOVANI ORJUELA VARGAS	Identificación:	CC-93132061
Dirección:	VRD MINUTO DE DIOS PCA LA REPUBLICA 1 - ESPINAL, Tolima	Teléfonos:	3208613354, 3204307189
Fecha Nacimiento:	01/abr/1977	Edad:	48 Años 4 Meses 21 Días
Sexo:	Masculino	Estado Civil:	Soltero(a)
Empresa Salud:	SALUD TOTAL EPS S SA	Régimen Salud:	Contributivo cotizante
Autorización:	34622-2545636009	Sucursal:	ESPINAL CONTAR CON 60 MINUTOS DE DISPONIBILIDAD PARA LA FACTURACION DE SU LEONIA SA
Ocupación:	-	Tipo Atención:	Consulta - Presencial
Profesional:	KELLY STEFANNY CABRERA ESPINOSA		
Tipo Consulta:	630102 - PRUEBA COGNITIVA		

Motivo Consulta:

PRUEBA COGNITIVA

Enfermedad Actual:

3. ANAMNESIS.

Paciente de 48 años ACV Hemorrágico 20/12/2023, Secuelas Motoras Hemicuerpo Derecho y lenguaje, además, Trastorno Cognitivo en estudio.

4. ANTECEDENTES PERSONALES.

Esquema de vacunación: Completo, Vacunas COVID 3.

Médicos: ACV Hemorrágico 20/12/2023, Secuelas Motoras Hemicuerpo Derecho y lenguaje e hipertensión.

Alergias: Rinitis alérgica.

Visión: Glaucoma I.

Audición: Niega.

Traumáticos: Niega.

Neuropsicología: En proceso médico.

Farmacológico: Esomeprazol, hidroclorotiazida, metoprolol, Losartan, Atorvastatina.

Antecedentes familiares: Diabetes.

Terapias: Físicas.

Exámenes complementarios: Niega.

5. DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLINICO.

Composición familiar: Familia nuclear conformada por su esposa, hija y nietos.

Desempeño escolar/Académico: Bachiller, Mecánico.

Área cognitiva: Presenta una atención voluntaria estable, se encuentra lucido, responde a diversas preguntas en forma coherente, percibe y discrimina estímulos del exterior, se orienta en tiempo espacio y se orienta adecuadamente en tiempo.

Hábitos de higiene y aseo personal: No presenta dificultades aparentes, porte y vestimenta, requiere apoyo para vestirse.

Patrón alimenticio: 3 comidas al día, inadecuado para la edad, actividad instrumental aparentemente fuera de la normativa para la edad cronológica.

Patrón de sueño: Adecuada rutina del sueño, niega presencia de terrores nocturnos. Niega Bruxismo, niega sonambulismo, niega somnolencia.

Control esfinter: Adecuado para edad el proceso maduración y aprendizaje del control de la micción y la deposición.

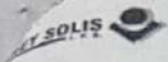
Motricidad fina: Lateralidad derecha, tiene una inadecuada coordinación para producir movimientos pequeños con manos y dedos, siendo poco precisos tales como escribir, agarrar, apilar, recortar con tijeras, abotonar chaquetas y pantalones, señalar, dibujar, entre otros.

Motricidad gruesa: El paciente tiene una inadecuada motricidad relativa a los movimientos generales del cuerpo entero, inadecuados movimientos de brazos y piernas, posee poca coordinación de los mismos para correr, saltar, caminar, sostener el equilibrio, entre otros.

IBAGUE Cde 35 No. 4A BIS - 11 BARRIO CADIZ

ESPINAL, Carrera 9 No. 8 - 61 BARRIO CENTRO

Agende su cita de manera presencial o a través de nuestro call center al número 333 033 4056.



Analisis e Intervención

no recordar lo qde dice, por lo cual se solicita valoración por neuropsicología y aplicación de prueba cogniva, frente a secuelas de acv, se remite control para evolución con resultados,

Causa Externa: Enfermedad general

Dias de Incapacidad: 0

Apgar Familiar

Estoy satisfecho como:

Mi familia me apoya en mis problemas:	Casi siempre	1. pts:	2
Mi familia y yo resolvemos nuestros problemas:	Casi siempre	2. pts:	2
En mi familia tomamos decisiones importantes:	Casi siempre	3. pts:	2
En mi familia me expresan el cariño:	Casi siempre	4. pts:	2
En mi familia compartimos tiempo juntos:	Casi siempre	5. pts:	2

Total pts: 10

Clasificación Final: Normofuncional

DIAGNOSTICO: (F41.9) TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

Tipo de Dx: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA - DX

Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS:

1. REMISION

1. Tipo de Consulta: Consultas Paramedicas CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA

Observaciones: CONTROL EN 2 MESES

-19ra Valentina Reyes Monsalve
PSICOLOGIA

Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadania

Numero de Identificación:

Registro Profesional: 1007687720

Código Institucional: 2067000090



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ROSENDO		SOTO	VALDERRAMA

1.5 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de Identidad:			93125447					

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2021	4	13

2.3 Departamento	2.4 Municipio
TOLIMA	ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

Dominio	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	90.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	5.00
Participación	46.88
GLOBAL	29.90

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b7101.4 b760.4 b770.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.472 s750.471 s760.169

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.4 d4154.4 d4501.4



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MAYER	STEVEN	AGUIRRE	CESPEDES
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
TOLIMA		ESPINAL	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				1105670570				

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la valoración		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Me	ña
	2023	11	16
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	890701033		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	100.00
Movilidad	85.00
Cuidado Personal	93.75
Relaciones	95.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales	
b147.3 b164.3 b735.2	
2. Codigos Estructuras Corporales	
s110.370 s730.373 s750.373	
3. Codigos Actividades y Participación	
d570.1 d598.4 d879.2	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 93.132.061

ORJUELA VARGAS

APELLIDOS

LUIS GIOVANI

NOMBRES

Luis Giovani Orjuela Vargas
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1977

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A-

G.S. RH

M

SEXO

17-AGO-1995 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2904600-00009803-M-0093132061-20080912 0003298965A 1 8480005547



Registro válido

Fecha de consulta:

03/09/2025

Ficha:

73268398571900002487

A5**Pobreza extrema****DATOS PERSONALES****Nombres:** LUIS GIOVANI**Apellidos:** ORJUELA VARGAS**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 93132061**Municipio:** Espinal**Departamento:** Tolima**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:**

15/07/2021

Última actualización ciudadano:

15/07/2021

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN**Nombre administrador:**

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEduación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

**FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
Y OCUPACIONAL**
(persona en edad económicamente activa)
DECRETO 1507 AGOSTO 12 de 2014 RESOLUCION 3745 de 2015

INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL			
Dictamen No: 6010676	Fecha de solicitud: 07/marzo/2025	Fecha dictamen: 26/marzo/2025	Ciudad: BOGOTÁ
Motivo de solicitud: DETERMINACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL / OCUPACIONAL			
Solicitante: LUIS GIOVANI ORJUELA VARGAS		AFP: COLPENSIONES	
RAMA JUDICIAL:	OTRO:	EMPLEADOR:	
Afiliado: NO	EPS: NO	ARL: NO ESPECIFICA	
Pensionado:		NIT/Documento: CC 93132061	
Dirección del Solicitante: CR 8 12 06			
Teléfono: 0	Cel: 3204307189	Email: orjuelagiovani47@gmail.com	Ciudad: ESPINAL - TOLIMA

INFORMACION DE LA ENTIDAD CALIFICADORA		
Nombre: COLPENSIONES	NIT: 900336004-7	Dirección: CARRERA 7 NO. 74 -21 EDIFICIO AURORA

DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA	
Afiliado: SI	Beneficiario: NO
Nombres y Apellidos: LUIS GIOVANI ORJUELA VARGAS	
Tipo de documento: CC	Documento de identificación: 93132061
Fecha nacimiento: 01/abril/1977	Edad: 47 años
Género: MASCULINO	
ETAPAS DEL CICLO VITAL: Rol Laboral	
NIVEL DE ESCOLARIDAD: BÁSICA	Otros(Cuál):
ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE	Otros(Cuál):

ANTECEDENTES LABORALES / OCUPACIONALES DEL TRABAJADOR (Empleado o Subordinado)		
Tipo de vinculación laboral:	Independiente:	Dependiente:
Nombre del trabajo/empleo:	Ocupación:	Código CIUO:
Nombre actividad económica:	Clase:	
Nombre de la empresa:	NIT/CC:	

EXAMENES DE CALIFICACIÓN
FECHA DEL EXAMEN FÍSICO: 23/03/2025 (Descripción)

5.1 HISTORIA CLÍNICA

Calificación documental de pérdida de capacidad laboral con historia clínica radicada por el usuario. Paciente con antecedente de hipertensión arterial, quien el 20 de diciembre del año 2023 presentó evento hemorrágico ganglio basal izquierdo en contexto de emergencia hipertensiva con lesión en órgano blanco cerebro, como consecuencia hemiplejía derecha y disartria leve, compromiso que se mantiene en la actualidad, en valoración telefónica del título II se informa, limitación moderada para abrir su mano derecha, no puede manipular ningún objeto, emplea silla de ruedas para sus desplazamientos; en relación con su patología de base asintomático cardiovascular, con cifras tensionales 125/90 mmHg controladas, sin signos de falla cardíaca, en manejo farmacológico con antihipertensivos. Adicionalmente paciente con glaucoma primario de ángulo abierto bilateral en seguimiento por oftalmología, recibiendo tratamiento farmacológico tópico. Además cuenta con antecedente de fractura de fémur izquierdo distal que requirió manejo con osteosíntesis hace 10 años, y fractura de falange distal de grueso artejo izquierdo hace tres meses; cuenta con reporte de radiografía de rodilla que evidencia fractura de fémur distal en pseudoartrosis material en posición, radiografía de pie con fractura de hallux consolidada, se encuentra en seguimiento por ortopedia quien informa al examen físico, movilidad conservada de rodilla izquierda no déficit neurovascular distal, acortamiento de 3 cm, grueso artejo sin limitación. Especialista determina fractura de hallux consolidada por lo que no requiere nuevas intervenciones, por pseudoartrosis de fémur distal izquierdo solicita exámenes complementarios para definir conducta. No fue posible calificar las siguientes patologías, mencionadas en las historias clínicas y/o exámenes allegados, debido a la falta de los soportes requeridos por el Manual 1507 de 2014: cardiopatía valvular - Insuficiencia (de la válvula) aórtica (pendiente intervención quirúrgica, según se informa en consulta del 22/02/2025 por cardiología), otros trastornos de la función vestibular (no cuenta con criterios de mejoría médica máxima, con indicación de rehabilitación vestibular según consulta por otorrinolaringología del 05/12/2024), alteración de la refracción (reporte de campimetría 24-2 no confiable por altos errores falsos positivos).

5.2 ESTUDIOS CLÍNICOS/PRUEBAS OBJETIVAS		
Fecha Examen 18/marzo/2025	Especialidad VALORACIÓN TELEFONICA DEL TITULO II	Profesional WENDY TRIANA LAGUNA - RM 1033807268

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

Descripción: Dominancia: Diestro

Usuario de género masculino, con diagnósticos de insuficiencia de la válvula aórtica, pseudoartrosis, secuelas de hemorragia intracerebral el 20 de diciembre del 2023, hemiparesia derecha, glaucoma primario en ambos ojos, hipertensión.

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: DX. insuficiencia de la válvula aórtica, pseudoartrosis, secuelas de hemorragia intracerebral el 20 de diciembre del 2023, hemiparesia derecha, glaucoma primario en ambos ojos, hipertensión.

Quirúrgicos: Fractura en miembro superior e inferior izquierdo

Farmacológicos: Nifedipina
Valsartán
Atorvastatina
Hidroclorotiazida

Hospitalarios: Sin hallazgos positivos

Toxicos-alérgicos: Sin hallazgos positivos

Trasfusiones: Sin hallazgos positivos
Familiares: Sin hallazgos positivos
ROL LABORAL/OCUPACIONAL Laboralmente activo: SI

ROL LABORAL
Actualmente esta laboralmente activo?: NO
Trabajo habitual: No labora, desde el 20 de diciembre del 2023
Cargo: Cuidador
Oficio (actividades que desempeña): Cuidar la pista de aviación
Tiempo en el cargo: 1 años y 2 meses
Empresa: Fumi caña
Restricciones que presenta actualmente para desempeñar su rol laboral: No labora, desde el 20 de diciembre del 2023
Tareas y operaciones que desempeña en este momento: No labora, desde el 20 de diciembre del 2023
Dispositivo de ayuda en el momento: SI
Descripción: Cuenta con silla de ruedas de uso permanente recomendada por el médico
Cuenta con restricciones o recomendaciones laborales emitidas por medicina laboral o médico tratante de EPS o ARL: NO
Requiere ayuda de terceras personas para realizar sus actividades laborales: No labora, desde el 20 de diciembre del 2023
Tiene dictámenes previos de calificación de origen y/o PCL: Usuario manifiesta la no calificación por alguna entidad
Descripción del Rol Laboral: No labora, desde el 20 de diciembre del 2023

OTRAS AREAS OCUPACIONALES
Aprendizaje y aplicación del conocimiento: SIN LIMITACIONES
Comunicación: Dificultad para pronunciar algunas palabras
Movilidad: Sale en compañía de familiar, camina trayectos cortos con intervalos de descanso por presencia de disnea, su marcha es lenta e inestable, no puede permanecer de pie por tiempo prolongado, se desplaza en moto como pasajero, no puede manipular ningún objeto con su mano derecha, limitación moderada para abrir su mano derecha por disminución de fuerza y movilidad.
Cuidado Personal: Requiere de ayuda para bañarse, vestirse y arreglarse
Vida doméstica: Refiere disminución visual, resequead en sus ojos (se aplica gotas) siente molestia por la luz solar y artificial.

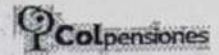
Fecha Examen 22/febrero/2025	Especialidad CARDIOLOGÍA	Profesional Rómulo Paipilla Maldonado RM 1821797
------------------------------	--------------------------	--

Diagnostico principal: I351-Insuficiencia (de la válvula) aortica
- diagnosticos:
1. Cardiopatía valvular
1.1 ecott con fevi 60%, insuficiencia aortica leve de etiología funcional dr paipilla 2024 12
1.2 en la cardio realizaron eco te 05 2024 no tiene reporte.
2. Insuficiencia valvular aortica moderada con dilatación de la raiz aortica 2.1
Angiotomografía de aorta torácica 06 04 2024 aneurisma fusiforme de la aorta torácica ascendente y descendente proximal asociada a dilatación de los senos de valsalva y a la unión sino tubular, cardiomegalia global, calcificaciones coronarias.
2.2 valorado por cirugía cardiovascular 05 2024 pendiente intervención quirúrgica para reemplazo valvular aórtico aorta ascendente
3 ecv ganglio basal izquierdo hemorrágico 20/12/2023 por hipertensión arterial secuelas hemiparesia derecha.
4 hipertensión arterial
5 dislipidemia
6 en seguimiento por neurología (sin contraindicación para intervención por la especialidad) y cirugía cardiovascular
riesgo cardiovascular moderado
- farmacológicos:
1. Atorvastatina 40mg cada 24 horas
2. Hidroclorotiazida 25mg cada 24 horas
3. Valsartan 160mg cada 12 horas
4. Nifedipino 30mg cada 8 horas suspendido hace 20 días aproximadamente por no entrega del medicamento por parte de eps
5. Metoprolol 50mg cada 12 horas
6. Esomeprazol 20mg cada 24 horas
- subjetivo:
consulta presencial-se garantiza cumplimiento de protocolos de bioseguridad.
Control cardiología. Anterior seguimiento 2024 07 se solicitó interconsulta con cirugía cardiovascular.
Objetivo:
paciente de 47 años de edad, ocupación desempleado, ingresa para consulta de control con la especialidad, caminando con ayuda de familiar, en aceptables condiciones generales de salud, clase funcional nyha - no valorable.
Revisión por sistemas: Se interroga revisión por sistema, el paciente niega síntomas respiratorios, no síntomas gastrointestinales, no pérdida de peso ni otros fuera de cardiovasculares.
Antecedentes Quirúrgicos: fractura de hallux, fractura de fémur distal

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
Y OCUPACIONAL

(persona en edad económicamente activa)

DECRETO 1507 AGOSTO 12 de 2014 RESOLUCION 3745 de 2015



Pág 3 de 6

Hospitalización: por quirúrgicos y patológicos.
EXAMEN FISICO CABEZA Y CUELLO: Pulsos carotídeos simétricos sin soplos. Tiroides no palpable. No masas
TORAX: Normal. RSCSRS sin soplos y sin agregados S1 y S2 de intensidad tono y timbre normales. Pulmones bien ventilados sin agregados.
ABDOMEN: Sin masas ni megalias. Sin soplos
EXTREMIDADES: Pulsos proximales y distales normales. Adecuada perfusión.
SIGNOS VITALES TA: 125/90 FC: 46 SO2: 96 TALLA (cm): 165 PESO (Kg): 90 IMC: 33.06-OBESIDAD
CONCEPTO: Paciente de 47 años de edad, moderado pretest para enfermedad cardiovascular dado por antecedentes y factores de riesgo, en el momento con signos vitales dentro límites normales, la auscultación sin hallazgos significativos, antecedentes mencionados, Valorado por cirugía cardiovascular 05 2024 pendiente intervención quirúrgica para reemplazo valvular aórtico aorta ascendente, en la Cardio realizaron eco TE 05 2024 no tiene reporte, el día de hoy trae reporte de eco TT con FEVI 60%, insuficiencia aórtica leve de etiología funcional, ya tiene concepto favorable por parte de neurología para intervención quirúrgica. Dado que no se cuenta con reporte de eco TE se solicita bajo sedación para definir necesidad de intervención quirúrgica de válvula. Control posterior a seguimiento por cirugía cardiovascular.
COMENDACIONES GENERALES: Continuar seguimiento por parte de programa de crónicos de su EPS. Mantener una dieta baja en grasas, azúcares y carbohidratos, rica en fibra, frutas y verduras. Realizar actividad física diaria por mínimo 30 minutos. **SINGOS DE ALARMA:** Presencia de dolor torácico opresivo, que nere ahogo, fatiga, presencia de palpitaciones muy importantes, desmayos o algún otro síntoma que sea nuevo y distinto a su condición clínica de base.
CONDUCTA: Control posterior a seguimiento por cirugía cardiovascular.
 Eco TE bajo sedación para definir necesidad de intervención quirúrgica. Presentar reporte a cirugía cardiovascular. Continuar seguimiento por programa de crónicos según pertinencia.

Fecha Examen 22/febrero/2025	Especialidad ORTOPIEDIA	Profesional Raúl Antonio Pedreros Huertas RM 2581
------------------------------	-------------------------	---

Motivo de la consulta: control
 Enfermedad actual: paciente masculino de 47 años, en compañía de esposa, procedente de espinal. Antecedente de acv ganglio basal izquierdo hemorrágico el 20/12/23 por hta, hemiparesia izquierda. Antecedente de osteosíntesis de fémur izquierdo 10 años y fx de falange distal grueso artojo izquierdo hace 2 meses. Refiere dolor ocasional en fémur y pie.
 Rx de pie fractura de hallux consolidada
 Rx de rodilla se aprecia fractura de fémur distal en pseudoartrosis material en posición no permite evaluar la longitud total del material
 Ex físico. Movilidad conservada de rodilla izquierda no déficit nvd acortamiento de 3 cm. Grueso artojo sin limitación
 A/ paciente con fx de hallux consolidada, no requiere nuevas intervenciones. Cursa demás con pseudoartrosis del fémur distal izquierdo, se indica toma de rx de fémur y tac de fémur para determinar condición actual y definir conducta medico quirúrgica
 Diagnosticos: M960 pseudoartrosis consecutiva a fusión o artrodesis

Fecha Examen 09/febrero/2025	Especialidad NEUROLOGÍA	Profesional Enrique Steff Hernández Rojas RM 1090427413
------------------------------	-------------------------	---

Motivo de la Consulta: "Control"
 Enfermedad Actual: Paciente masculino de 47 años, en compañía de familiar, procedente de Espinal. Antecedente de ACV ganglio basal izquierdo hemorrágico el 20/12/23 por HTA, con paradiñicos de pesquisa ecocardiograma con evidencia insuficiencia valvular aórtica moderada con dilatación de la raíz aórtica (aneurisma AO fusiforme ASC y DES proximal con calcificaciones coronaria), resto aparentemente normales. Ya se encuentra en seguimiento por fisioterapia. En el momento en tratamiento con Valsartan, nifedipino, metoprolol, hidroclorotiazida, atorvastatina. Reporte de TAC craneo simple (10/05/24) Cambios malácicos corticosubcorticales frontales paraventriculares e insulolenticulares izquierdos por antecedente de ACV hemorrágico Angiotomografía de aorta torácico (06/04/24) Aneurisma fusiforme de la aorta torácica ascendente y descendente proximal asociada a dilatación de los senos de Valsalva y la unión sino tubular, cardiomegalia global, calcificaciones coronarias. Valorado el 5 de septiembre por cirugía cardiovascular quien indicó nuevo ecocardiograma TT, pendiente intervención quirúrgica para reemplazo valvular aórtico + aorta ascendente. Se encuentra en seguimiento por neurología, no nuevos síntomas neurológicos.
 Examen físico: neurológico: Alerta, atento, comprende y obedece órdenes sencillas disartria leve. No alteración en pares craneales, hemiparesia derecha. Normoreflexia generalizada sin Hoffmann ni Babinski. No movimientos anormales, no signos meníngeos ni cerebelosos.
 Análisis: paciente masculino de 47 años con secuelas de acv hemorrágico, aneurisma de aorta, hta en tratamiento. Debe continuar control y seguimiento por cardiología y cirugía cardiovascular, a definir intervención quirúrgica por esta especialidad por parte de neurología con secuelas de acv del 2023 sin contraindicaciones para procedimiento desde el punto de vista neurológico continuar manejo antihipertensivo y demás patologías de base según medicina interna y cardiología. Se explican signos y síntomas de alarma, paciente y familiar refiere entender y aceptar.
 Plan: control con neurología en 6 meses
 Diagnosticos: I691 secuelas de hemorragia intracerebral

Fecha Examen 06/febrero/2025	Especialidad OFTALMOLOGÍA	Profesional Ana Maria Sánchez Leiva RM 53122613
------------------------------	---------------------------	---

Motivo de consulta: vengo a control
 Enfermedad actual: paciente con diagnóstico de sospecha de glaucoma por excavaciones amplias ao, asiste a control bajo dilatación, trae resultados de 05/12/2024: cvc: od: defecto incipiente en el escalón inferior nasal oi: excesivos falsos positivos, oct de nervio: total de fibras ao 90-93, área de disco odi: 1.90-2.18, volumen de copa: od: 0.154-0.187, patrón de doble colina alterado patrón sectorial od reducción en sector superior oi reducción en sector superior temporal, total de células ganglionares 74 ao paquimetría: od 494 (+4) 01:490 (+4).
 Dx: H401 Glaucoma primario de ángulo abierto
 H522 Hipermetropia
 Resumen y plan terapéutico: Se explica ampliamente diagnóstico y conducta:
 se formula systane aplicar 1 gota cada 4 horas en ambos ojos
 se inicia latanoprost aplicar 1 gota cada noche en ambos ojos
 ss. Control en 6 meses idpr
 Antecedentes: **oftalmológicos: niega
 **patológicos: hta, acv (20/12/2023)
 **farmacológicos: valsartan nifedipino, metoprolol

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

(persona en edad económicamente activa)

DECRETO 1507 AGOSTO 12 de 2014 RESOLUCION 3745 de 2015



Examen físico: A.V. Od.Sc: 20/70 ph: cc: lio: oi: sc: 20/70 ph: cc: lio: orsvision 12/12/2024: refracción: od: +2.75-1.50*10 20/28 oi: +3.00-0.75-0 20/28 biomicroscopia od: parpados y pestañas sanas, conjuntiva tranquila, cornea transparente cámara anterior grado iii, iris azul, pupila redonda y reactiva, cristalino transparente, but disminuido biomicroscopia oi: parpados y pestañas sanas, conjuntiva tranquila, cornea transparente cámara anterior grado iii, iris azul, pupila redonda y reactiva, cristalino transparente, but disminuido presión intraocular od: 10 mmhg presión intraocular oi: 10 mmhg fdo dilatado od: exc 0.5 retina aplicada en periferia y polo posterior, macula bien, vasos bien, brillo macular presente fdo dilatado oi: exc 0.5 retina aplicada en periferia y polo posterior, macula bien, vasos bien, brillo macular presente.

Fecha Examen 20/diciembre/2023 | Especialidad EPICRISIS | Profesional Nicolas Pulecio Leal RM 1105690786

Diagnósticos: hemiplejía, no especificada (g819) disartria y anartria (r471) enfermedad cerebrovascular, no especificada (i679) hipertensión esencial (primaria) (i10x)

Concepto y plan de tratamiento: paciente de 46 años en contexto de disartria, hemiplejía en hemicuerpo derecho, y cefalea global, en el momento paciente en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable, diaforético, sin signos de dificultad respiratoria, sin signos de respuesta sistémica, no signos de bajo gasto, al examen físico se evidencia T.A en 170/150 mmhg, ruidos respiratorios presentes sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, se evidencia paciente somnoliento, desorientado, Glasgow 11/15 (03, v2, m6) obedece ordenes sencillas, hemiplejía en hemicuerpo derecho, no alteración de sensibilidad, no movimientos anormales, n signos meningeos. Se indica glucometría en 174 mg/dl, ekg con ritmo sinusal, eje desviado a la izquierda, no se evidencian bloqueos, no variabilidad del st ni onda t, se hace tac de cráneo simple de ingreso con presencia de hemorragia intraparenquimatosa izquierda, considero paciente con emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro, con acv hemorrágico, se indica manejo intrahospitalario, monitorización continua, se solicita se indica paraclínicos complementarios y valoración por medicina interna. Se indica remisión a tercer nivel

Idx: 1. Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro

1.1 Acv hemorrágico

2. Hta por hc mal adherente al tto

Plan: observación Ir 80 cc / h

ss tac de cráneo simple

ss ekg y glucometría

ss/ hemograma, glicemia, troponina I, función renal, electrolitos, tiempos de coagulación, panel multídrogas

ss/ val por medicina interna

csv-ac

5.3 EXAMEN FÍSICO

Profesional Evaluador: WENDY TRIANA LAGUNA | Fecha de valoración: 18/marzo/2025 | Hora: 16:00:00 | Rethus: 1033807268


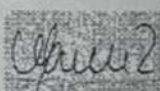
"No se realiza valoración presencial, se lleva a cabo seguimiento vía telefónica por el profesional en Fisioterapia / Terapia ocupacional; con el fin de realizar la descripción del Rol Laboral y/o Rol ocupacional y otras áreas ocupacionales".

RECOMENDACIONES PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
INDICE
 1. OBJETIVO GENERAL Y VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS
 2. CLASIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS
 3. CLASIFICACION Y VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	DEFICIENCIA(S)/MOTIVO DE CALIFICACION/CONDICIONES DE SALUD
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	COMÚN	
I691	SECUELAS DE HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA	COMÚN	
G819	HEMIPLEJIA, NO ESPECIFICADA	COMÚN	DERECHA
R471	DISARTRIA Y ANARTRIA	COMÚN	
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	COMÚN	BILATERAL
M960	SEUDOARTROSIS CONSECUTIVA A FUSION O ARTRODESIS	COMÚN	FX FÉMUR IZQUIERDO - OSTEOSÍNTESIS
S924	FRACTURA DE LOS HUESOS DEL DEDO GORDO DEL PIE	COMÚN	FALANGE DISTAL IZQUIERDA

No.	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual							Resultado	CAT	Dominancia	% Total Deficiencia (F. Balthazar, sin ponderar)
		No Tabla	Clase	CFPFU	CFM 1	CFM 2	CFM 3	Ajuste Total Deficiencia				
1	DEFICIENCIA POR ENF. CARDIOVASCULAR HIPERTENSIVA	2.6	3	3	2	2		3A	50.00	0	NO	
2	DISFUNCIÓN EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA	12.2	2	2					45.00	0	NO	
3	DEFICIENCIA POR AFASIA O DISFASIA	12.1	1	1					25.00	0	NO	
4	DISFUNCIÓN EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA	12.3	2	2					20.00	0	NO	
5	DEFICIENCIA GLOBAL DEBIDO A LESIONES/GLAUCOMA BILATERAL	11.5							10.00	0	NO	

**FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
Y OCUPACIONAL**
(persona en edad económicamente activa)
DECRETO 1507 AGOSTO 12 de 2014 RESOLUCION 3745 de 2015

Sumatoria total otras áreas ocupacionales (20%)		3.20
VALOR FINAL DE LA SEGUNDA PARTE (TITULO SEGUNDO)		
Restricciones rol laboral+ Autosuficiencia económica + Edad	+ Otras Áreas Ocupacionales +	= TITULO II (Valor Final)
21.5	3.20	24.70
7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL		
Perdida de capacidad laboral =	TITULO I (Valor Final Ponderada) +	TITULO II (Valor Final) = Valor Final
	42.58	24.70 = 67.28
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN (dd-mm-aaaa): 20/diciembre/2023		
SUSTENTACIÓN FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 20/diciembre/2023 - Fecha de estructuración correspondiente al día de ocurrencia del accidente cerebrovascular donde se genera el compromiso funcional, que se mantiene en la actualidad y lo lleva a la condición de invalidez.		
ORIGEN: COMÚN		
FECHA DE ACCIDENTE:		
CLASIFICACIÓN CONDICIÓN DE SALUD - TIPO DE ENFERMEDAD		
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA DECIDIR POR SI MISMO (DISCAPACIDAD MENTAL ABSOLUTA): NO		
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO(Para realizar sus actividades de la vida diaria): SI		
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: SI		
TIPO DE ENFERMEDAD:		
¿Enfermedad degenerativa, progresiva y crónica? SI		
¿Catastrófica, alto costo, ruinosa? NO		
¿Enfermedad congénita o cercana al nacimiento? NO		
PCL/PCO: REVISABLE: NO		
SEÑAL CALIFICADOR		
 LIZETH DAYANNE LEZAMA PEDRAZA GESTAR INNOVACION Licencia 15473 Rethus 2397	 MARELBY GUZMAN GESTAR INNOVACION Licencia 25-951 Rethus 52967775	



NEUROCAD NIT 900994370-1

servicioalcliente@neurocad.com.co

Resumen de Atención

Página 2 de 2

Evolución:

Aplicación de prueba cognitiva Escala Wechsler de Inteligencia.

Análisis Médico:

Canales para entrega de Resultados
 Para solicitar los resultados Puede hacerlo a partir del 12 de SEPTIEMBRE de 2025 a través nuestra página web: Neurocad.com.co

- Iniciar Sesión y realizar los siguientes pasos:
 1. Ingresar correo electrónico/ Documento de identidad registrado en Neurocad.
 2. La contraseña es el mismo número de documento de paciente
 3. Informes de consulta, donde le permite descargar su resultado.

Diagnósticos

» I698 - SEQUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS (Principal o de Ingreso) (Impresión Diagnóstica)

Kelly Cabrera Espinosa
Kelly Cabrera Espinosa.
Neuropsicóloga Clínica.
T.P. 205340.

Profesional: KELLY STEFANNY CABRERA ESPINOSA
 RM: 1110590214
 NEUROPSICOLOGA CLINICA

IBAGUE Cde 35 No. 4A BIS - 11 BARRIO CADIZ
 ESPINAL, Carrera 9 No. 8 - 81 BARRIO CENTRO

Agende su cita de manera presencial o a través de nuestro call center al número 333 033 4056.

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: LUIS GIOVANI ORJUELA VARGAS
 Fecha de Nacimiento: 04/01/1977
 Edad: 48 Años - Sexo: Masculino
 Teléfono Residencia: 0
 Aseguradora: Salud Total EPS

Contrato: 94132821 (Documento: CC 93132061)
 Dirección Residencia: VRD MINUTO DE DIOS FCA LA REPUBLICA 1
 Ciudad Residencia: Espinal
 Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del lunes, 4 de agosto de 2025 5:49 PM en VS ESPINAL

Nombre del Profesional: Laura Valentina Reyes Monsalve - SICOLOGIA (Registro No. 1007687720)
 No. Orden de Direccionamiento: 32441-2542386526
 Tipo de Consulta: CONSULTAS PARAMEDICAS CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 08/04/2025 17:49:00
 Finalidad Consulta: OTRA

Tipo de Consulta: De Primera Vez

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Estado Civil: Unión Libre Escolaridad: Técnica
 Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS Edad: 48
 Identidad de Género: Masculina Orientación Sexual: Heterosexual

Responsable del Usuario

Nombre: CLAUDIA VIVIANA MENDEZ
 Parentesco: Compañero(a)
 Teléfono: 321 240 3832

Acompañante

Nombre: Ninguno
 Teléfono: 321 240 3832

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: "dice cosas y luego dice que no se acuerda"

Enfermedad Actual: Paciente de 48 años, asiste a consulta en compañía de su esposa, refiere evidenciar comportamientos en los cuales dice palabras fuertes, luego aduce no recordar lo que dice, su esposa expresa considerar que en momentos se acuerda de lo que le conviene, indica constantemente hacer uso de dos palabras, las cuales son "gonorrea-hijueputa", indica estar pendiente control por neurología, hace 6 meses ultimo control, donde le indica avances significativos,

Psicosociales: VIVE CON ESPOSA Y DOS HIJOS EN ZONA RURAL Dr(a). Sergio Nicasio Diavanera Castro (06/14/2025 12:24:13)

Factores de Riesgo

Sexualmente Activo: No Uso de Preservativo: No
 Tabaquismo: No Consumo de Alcohol: No

Consume sust psicoactivas: No

Explica Riesgos consumo licor: No

Instrumentos SPA

Consumo Problemático de Alcohol: No

Puntuación ASSIST: Alcohol Riesgo Bajo: 0-10

Fecha de Puntuación ASSIST: 08/04/2025

Amigos consumidores de sust. psicoact: No Le han ofrecido sust. psicoact: No

Instrumentos de Salud Mental

Identifica Problemas de Salud Mental?: No

Tamizaje SRQ Salud Mental:

Sin Problemas de Salud Mental

Antecedentes

Ant. farmacoterapéutico (SFT):

Antecedentes Personales

Hipertensión Arterial: No Hipertensión Arterial: No Aplica

Patológicos:

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: LUIS GIOVANI ORJUELA VARGAS
 Fecha de Nacimiento: 04/01/1977
 Edad: 48 Años - Sexo: Masculino
 Teléfono Residencia: 0
 Aseguradora: Salud Total EPS

Contrato: 94132821 (Documento: CC 93132061)
 Dirección Residencia: VRD MINUTO DE DIOS FCA LA REPUBLICA 1
 Ciudad Residencia: Espinal
 Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del lunes, 4 de agosto de 2025 5:49 PM en VS ESPINAL

Nombre del Profesional: Laura Valentina Reyes Monsalve - SICOLOGIA (Registro No. 1007687720)
 No. Orden de Direccionamiento: 32441-2542386526
 Tipo de Consulta: CONSULTAS PARAMEDICAS CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 08/04/2025 17:49:00
 Finalidad Consulta: OTRA

Tipo de Consulta: De Primera Vez

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Estado Civil: Unión Libre Escolaridad: Técnica
 Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS Edad: 48
 Identidad de Género: Masculina Orientación Sexual: Heterosexual

Responsable del Usuario

Nombre: CLAUDIA VIVIANA MENDEZ
 Parentesco: Compañero(a)
 Teléfono: 321 240 3832

Acompañante

Nombre: Ninguno
 Teléfono: 321 240 3832

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: "dice cosas y luego dice que no se acuerda"

Enfermedad Actual: Paciente de 48 años, asiste a consulta en compañía de su esposa, refiere evidenciar comportamientos en los cuales dice palabras fuertes, luego aduce no recordar lo que dice, su esposa expresa considerar que en momentos se acuerda de lo que le conviene, indica constantemente hacer uso de dos palabras, las cuales son "gonorrea-hijueputa", indica estar pendiente control por neurología, hace 6 meses ultimo control, donde le indica avances significativos,

Psicosociales: VIVE CON ESPOSA Y DOS HIJOS EN ZONA RURAL Dr(a). Sergio Nicasio Diavanera Castro (06/14/2025 12:24:13)

Factores de Riesgo

Sexualmente Activo: No Uso de Preservativo: No
 Tabaquismo: No Consumo de Alcohol: No

Consume sust psicoactivas: No

Explica Riesgos consumo licor: No

Instrumentos SPA

Consumo Problemático de Alcohol: No

Puntuación ASSIST: Alcohol Riesgo Bajo: 0-10

Fecha de Puntuación ASSIST: 08/04/2025

Amigos consumidores de sust. psicoact: No Le han ofrecido sust. psicoact: No

Instrumentos de Salud Mental

Identifica Problemas de Salud Mental?: No

Tamizaje SRQ Salud Mental:

Sin Problemas de Salud Mental

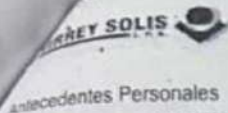
Antecedentes

Ant. farmacoterapéutico (SFT):

Antecedentes Personales

Hipertensión Arterial: No Hipertensión Arterial: No Aplica

Patológicos:



Antecedentes Personales
HIPERTENSION ARTERIAL,ACV HEMORRAGICO CON SECUELAS DE HEMIPLEJIA DERECHA , INSU VALVULAR AORTICAMODERADA.- CARDIOPATIA HIPERTENSIVA HIPERTROFICA CON FEVI CONSERVADA - DILATACION ANEURISMATICA DE LA AORTA ASCENDENTE SIN DISECCION - INSUFICIENCIA VALVULAR AORTICA MODERADAO - OBESIDAD - TAQUICARDIA ATRIAL PAROXISTICA - EXTRASISTOLES USPRAVENTRICULAES AISLADAS, HEMOBLOQUEO IZQ ANTERO SUPERIOR , GLAUCOMA, ANSIEDAD Dr(a). Sergio Nicasio Diavanera Castro (06/14/2025 12:24:13)

- Hospitalarios: EMERGENCIA HIPERTENSIVA... + ORGANO BLANCO CEREBRO (20/12/2023). ACV HEMORRAGICO GANGLIOBASAL IZQUIERDO. SIN RECIENTES - Dr(a). Paula Marcela Muñoz Gutierrez (07/31/2025 12:45:23)
- Tóxicos: NIEGA -... Dr(a). Paula Marcela Muñoz Gutierrez (07/31/2025 12:45:23)
- Alérgicos: NIEGA -..... Dr(a). Paula Marcela Muñoz Gutierrez (07/31/2025 12:45:23)
- Hipersensib. MC: Sin establecer
- Farmacológicos: METORPOLOL 100 MG X2 ...NIFEDIPINO 30 MG CADA 8 H - VALSARATN 160 MG CADA 12 H - ESOMEPRAZOL 20 MG AYUNAS - ATORVASTATINA 40 MG DIA - Dr(a). Paula Marcela Muñoz Gutierrez (07/31/2025 12:45:23)
- Ocupacionales: DESEMPLEADO . Dr(a). Paula Marcela Muñoz Gutierrez (07/31/2025 12:45:23)
- Venereos: NIEGA - Dr(a). Paula Marcela Muñoz Gutierrez (07/31/2025 12:45:23)
- Quirúrgicos: OSTEOSINTESIS DE RADIO IZQUI.....ERDO, RECONSTRUCCION DE ROTULA Y FEMUR IZQUIERDO - Dr(a). Sergio Nicasio Diavanera Castro (06/14/2025 12:24:13)
- Transfusionales: NIEGA -..... Dr(a). Sergio Nicasio Diavanera Castro (06/14/2025 12:24:13)
- Traumáticos: FRACTURA DE MANO IZQUIERDA Y FEMUR IZQUIERDO ...- Dr(a). Sergio Nicasio Diavanera Castro (06/14/2025 12:24:13)

Interés en Salud : No

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Fecha Dilig. Causa de Alergia:

03/04/2025

Valoración Psicología

Valoración Psicología

Estado Mental: Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, con un discurso coherente, durante la atención se encontraba atento y concentrado, encontrándose dispuesto y cooperativo, establece contacto visual

Estado Emocional: en ocasiones se presenta irritabilidad debido a estancamiento en proceso,

Estado Cognitivo: Paciente se encuentra alerta, manifiesta su verbalización de manera clara y entendible, su discurso es coherente con las preguntas que se realizan, no presenta alteraciones para dirigir o centrar su atención, así mismo no se evidencia alteraciones en su orientación, percepción, lenguaje .Se presenta afectaciones en el área de asociación de objetos y palabras

Actividades Cotidianas: caminar, realizar terapias,

Autocuidado: Ciclo del sueño: conservado
Higiene del sueño: adecuado
Adecuada presentación personal, acorde a su edad cronológica
Alimentación: pérdida de peso desde accidente
Actividad física: en terapia física.
Peso:
Controles médicos: con adherencia a los controles
TTO médico: toma de medicamentos como se le indicaron

Evaluación Psicosocial: Presenta un desarrollo óptimo, estableciendo significativamente relaciones con sus pares o personas de su entorno, generando lazos significativos que le permiten compartir en diversas actividades y/o entornos. la vivienda cuenta con todos los servicios públicos, vivienda adecuada

Interacción Social: Comparte principalmente con sus familiares cercanos

Interacción Laboral: no realiza actividad laboral debido a acv.

Interacción Familiar: Vive con su esposa, su hijo de 20 años y su hija 17 años, familia nuclear, relación difícil con su hijo debido a que es una persona testaruda y no agradecerle estar en el cuidado de su papá, relación cercana con su esposa e hija,

Interacción de Pareja: Relación funcional, se han presentado cambios desde acv, debido a cambios emocionales, aun así es su apoyo constante

Redes de Apoyo: cuenta con una red de apoyo conformada por sus hijos y esposa
eps-ips

Proyecto de Vida: Refiere como proyecto de vida recuperarse

Análisis e Intervención

Análisis e Intervención

Análisis e Intervención: Paciente de 48 años, asiste a consulta en compañía de su esposa, en momentos se presentan conductas de irritabilidad, con expresiones de lenguaje ofensivo con familiares principalmente grupo primario, así como aducir

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.125.447**
SOTO VALDERRAMA

APELLIDOS
ROSENDO

NOMBRES

Rosendo Soto V

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ABR-1966**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

18-NOV-1987 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2904600-00194254-M-0093125447-20091106

0017753728A 1

32122814



La salud es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, ROSENDO SOTO VALDERRAMA manifiesto que: SI
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Rosendo Soto V

93125,447

Nombre y Firma

Documento: CC-93125447

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

SI



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

Registro válido

Fecha de consulta:

03/09/2025

C3

Ficha:

73268054568400000589

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSENDO

Apellidos: SOTO VALDERRAMA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93125447

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/03/2021

Última actualización ciudadano: 16/03/2021

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANTI - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.105.689.991

CAMACHO CARDOSO

APELLIDOS

DIEGO ANDRES

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO

07-JUL-1993

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

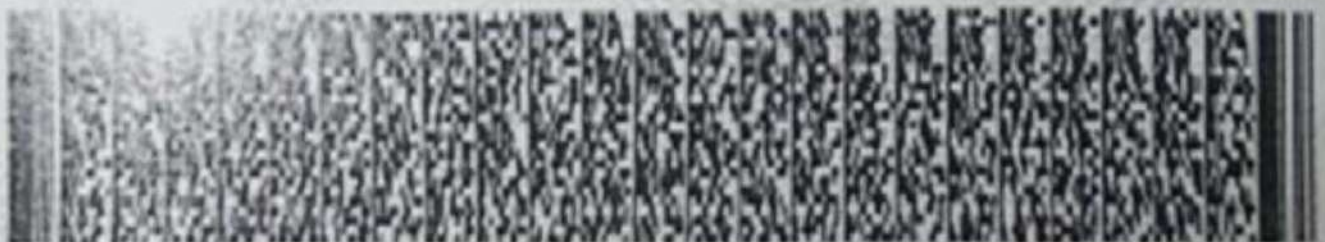
SEXO

03-MAR-2015 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AREL SÁNCHEZ TORRES



P-2904600-00702453-M-1105689991-20150506

0044075146A 1

41742154

Powered by CamScanner

Registro válido

A2

Fecha de consulta:

04/09/2025

Ficha:

73268035568800000154

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIEGO ANDRES

Apellidos: CAMACHO CARDOSO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105689991

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

27/07/2023

Última actualización ciudadano:

11/10/2024

Última actualización via registros administrativos:

25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

• DPS - Departamento para la prosperidad social

• ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DIEGO	ANDRES	CAMACHO	CARDOSO
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
TOLIMA		ESPINAL	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			1105689991					

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Mes	Día
	2024	7	25
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	890701033		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
Visual	SI		<input checked="" type="checkbox"/>
Auditiva	SI		<input checked="" type="checkbox"/>
Intelectual	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
Psicosocial (Mental)	SI		<input checked="" type="checkbox"/>
Sordoceguera	SI		<input checked="" type="checkbox"/>
Múltiple	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

	Puntaje
Dominio	
Cognición	100.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	78.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- 1. Codigos Funciones Corporales
b117.4 b6202.4 b760.4
- 2. Codigos Estructuras Corporales
s110.373 s730.373 s750.373
- 3. Codigos Actividades y Participación
d570.3 d679.3 d940.4

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.806.807

APELLIDOS
PARRA VANEGAS

NOMBRES
JUAN SEBASTIAN

FIRMA
Juan Sebastian Parra



REPÚBLICA DE COLOMBIA

FECHA DE NACIMIENTO 07 JUN-2000

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

18-JUL-2018 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YAÑIZA



P-2904600-01030970-M-1007806807-20180810 0062256775A 1 50992502

REPUBLICA DE COLOMBIA

Registro válido

A4

Fecha de consulta:

03/09/2025

Ficha:

73268398571900002627

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres JUAN SEBASTIAN

Apellidos PARRA VANEGAS

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1007806807

Municipio ESPINAL

Departamento TOLIMA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

15/07/2021

Última actualización ciudadano

15/07/2021

Última actualización via registros administrativos

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono

3209154652

Correo Electrónico

sisben@lespinal-tolima.gov.co



a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: JUAN
 1.2 Segundo nombre: SEBASTIAN
 1.3 Primer apellido: PARRA
 1.4 Segundo apellido: VANEGAS
 1.5 Departamento de Residencia: TOLIMA
 1.6 Municipio de Residencia: ESPINAL

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1007806807

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
 2.2 Fecha de la Certificación: Año 2024, Mes 8, Día 29
 2.3 Tipo de Entidad Valoradora: NI
 2.4 Nro. ID Entidad Valoradora: 890701033

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Actividad	Puntaje
Dominio	
Cognición	0.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Codigos Funciones Corporales
b730.3 b735.2 b740.3
- Codigos Estructuras Corporales
s730.373 s750.373
- Codigos Actividades y Participación
d570.4 d879.3 d940.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711



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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.192.750.311**
VERA CORREALES

APELLIDOS
JHON FREDY

NOMBRES
Jhon Fredy

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-FEB-2003**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

05-MAR-2021 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2904600-01221726-M-1192750311-20210312

0073728226A 1

8501666212

Registro válido

Fecha de consulta:

26/09/2022

Ficha:

73268398572200005199

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHON FREDY

Apellidos: VERA CORREALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1192750311

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/09/2021

Última actualización ciudadano:

08/09/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR ANDRES SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Carrera 6 No 8 - 07

Teléfono:

2390314 - 3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: JHON
 1.2 Segundo nombre: FREDY
 1.3 Primer apellido: VERA
 1.4 Segundo apellido: CORREALES

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1192750311

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
 2.2 Fecha: Año 2021, Mes 9, Día 17

2.3 Departamento: TOLIMA
 2.4 Municipio: ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

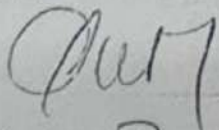
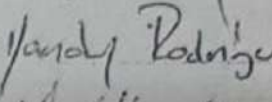
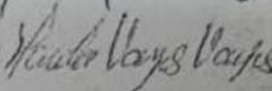
Categoría	SI	NO	X	Ítem	Porcentaje
Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dominio	
Visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cognición	37.50
Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Movilidad	0.00
Intelectual	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado Personal	6.25
Psicosocial (Mental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones	20.00
Sordoceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Actividades de la Vida Diaria	25.00
Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Participación	34.38
				GLOBAL	20.52

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Codigos Funciones Corporales
b117.2 b126.2 b167.1
- Codigos Estructuras Corporales
- Codigos Actividades y Participación
d161.1 d310.1 d879.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828 
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711 
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182 

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, **JHON FREDY VERA CORREALES**

manifiesto que: **SI**

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

Jhon Freddy Vera Corrales
Nombre y Firma

65693210
Documento: TI-1192750311

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

SI



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.901.638**

CASTRO BARRIGA

APELLIDOS

PEDRO JULIO

NOMBRES

Pedro Julio Castro
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-AGO-1951**

ESPINAL

(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A+

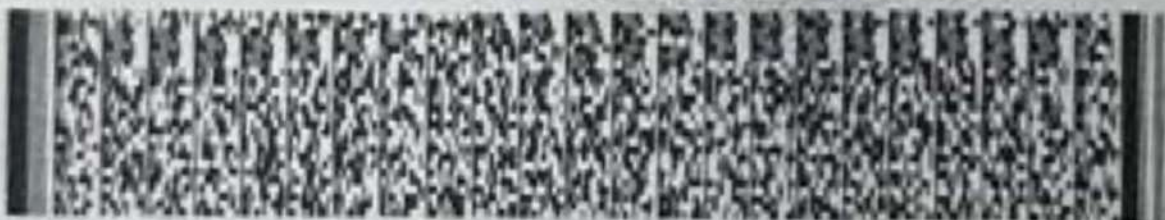
GR. RH

M

SEXO

02-SEP-1974 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2904600-00326390-M-0005901638-20110824

0027828233A 1

35422396



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
PEDRO	JULIO	CASTRO	BARRIGA					
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia						
TOLIMA		ESPINAL						
1.7 Documento de Identidad								
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		5901638						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2024	12	10
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	890701033		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
Visual	SI		<input checked="" type="checkbox"/>
Auditiva	SI		<input checked="" type="checkbox"/>
Intelectual	SI		<input checked="" type="checkbox"/>
Psicosocial (Mental)	SI		<input checked="" type="checkbox"/>
Sordoceguera	SI		<input checked="" type="checkbox"/>
Múltiple	SI		<input checked="" type="checkbox"/>

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Actividad	Puntaje
Dominio	
Cognición	0.00
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	28.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Codigos Funciones Corporales
b4150.2 b720.1 b765.3
- Codigos Estructuras Corporales
s4101.272 s750.412
- Codigos Actividades y Participación
d570.2 d879.1 d940.1



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711



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

Registro válido

Fecha de consulta:

03/09/2025

Ficha:

7326800157170000074

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PEDRO JULIO

Apellidos: CASTRO BARRIGA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5901638

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

31/08/2021

Última actualización ciudadano:

31/08/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

93.138.423

NUMERO

CASTRO RODRIGUEZ

APELLIDOS

LUIS EDUARDO

NOMBRES

Luis Eduardo Castro Rodrigue

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1985

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G. S. RH

M
SEXO

10-SEP-2003 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Abelardo
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATA 2 RENANOS 12942



P-2904800-63119872-M-0093138423-20040303

03023 040830 02 141831910

Registro válido **B6**
Fecha de consulta: 01/09/2025
Ficha: 73268071571100000264
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DIEGO ALEJANDRO

Apellidos: AQUITE TAFUR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105684092

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/11/2020

Última actualización ciudadano: 13/02/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: VICTOR SANDOVAL GUZMAN
Dirección: Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro
Teléfono: 3209154652
Correo Electrónico: sisben@elespinal-tolima.gov.co

1. Codigos Funciones Corporales
 b1172 b1222 b1252

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
 d155.3 d161.1 d879.2

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

Función	SI	NO	X	Porcentaje
Física	SI	NO	X	54.17
Visual	SI	NO	X	0.00
Auditiva	SI	NO	X	25.00
Intelectual	SI	NO	X	40.00
Psicosocial (Mental)	SI	NO	X	45.00
Sordoceguera	SI	NO	X	53.13
Múltiple	SI	NO	X	36.22
GLOBAL				
Participación				
Actividades de la Vida Diaria				
Relaciones				
Cuidado Personal				
Movilidad				
Cognición				
Domnio				

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

2.3 Departamento: TOLIMA

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA

2.4 Municipio: ESPINAL

2.2 Fecha: Año 2021, Mes 11, Día 26

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

Número de documento de identidad: 1105084092

Certificado de Registro Civil: Registro Civil

Tarjeta de Identidad: Tarjeta de Identidad

Cédula de ciudadanía: Cédula de ciudadanía

Cédula de extranjería: Cédula de extranjería

Pasaporte: Pasaporte

Permiso especial de permanencia: Permiso especial de permanencia

Constitución diplomático: Constitución diplomático

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: DIEGO

1.2 Segundo nombre: ALEJANDRO

1.3 Primer apellido: AQUITTE

1.4 Segundo apellido: TAFUR

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

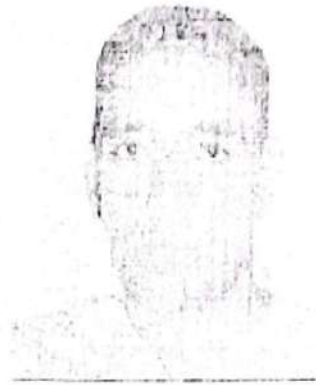
NUMERO 93.132.493

RAMINEZ DIAZ

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1978

ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

13-MAY-1996 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 2904600 00129432-M-0093132493-20081118 0006309107A 1 6490011332

Fecha de consulta:

02/09/2025

Ficha:

73268061569000000258

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **JUAN CARLOS**

Apellidos: **RAMIREZ DIAZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **93132493**

Municipio: **Espinal**

Departamento: **Tolima**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

11/10/2023

Última actualización ciudadano:

13/10/2023

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEduación - Ministerio de Educación
- ICES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX



La salud es de todos

Ministerio de Salud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: JUAN
 1.2 Segundo nombre: CARLOS
 1.3 Primer apellido: RAMIREZ
 1.4 Segundo apellido: DIAZ

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 93132493

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
 2.2 Fecha: Año 2021, Mes 10, Día 13
 2.3 Departamento: TOLIMA
 2.4 Municipio: ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Área	Porcentaje
Dominio	
Cognición	37.50
Movilidad	35.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	31.25
GLOBAL	26.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Codigos Funciones Corporales
b144.2 b330.2 b770.2
- Codigos Estructuras Corporales
s720.172 s730.172 s750.172
- Codigos Actividades y Participación
d310.1 d598.1 d879.2



La salud es de todos

Minisalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, **JUAN CARLOS RAMIREZ DIAZ** manifiesto que: **SI**
 estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

J.C.R.D
 Nombre y Firma

Documento: CC-93132493 **93132493**

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



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.714.738**

DIAZ De RAMIREZ

APELLIDOS
FLOR MARIA

NOMBRES

Flor María Díaz Ramírez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

19-JUN-1956

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

O+

F

ESTATURA

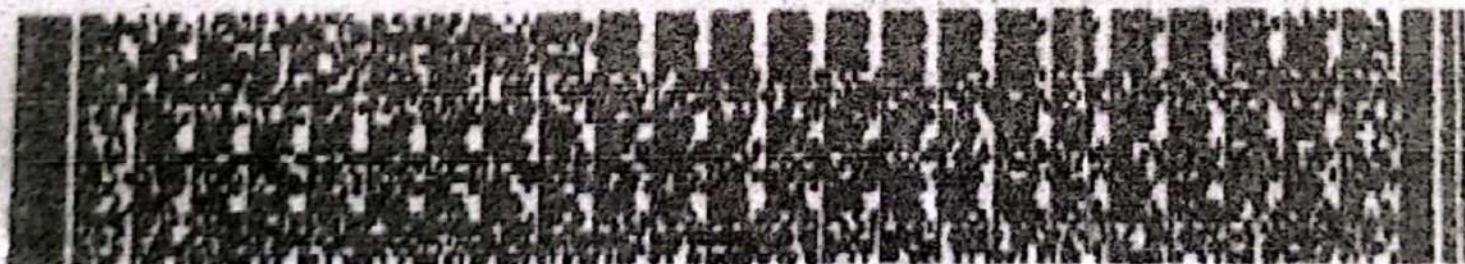
G.S. RH

SEXO

29-JUL-1978 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Flor María Díaz Ramírez
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSEL SÁNCHEZ TORRES



A-2804600-00058701-F-0028714738-20080824

0002583826A 1

6400004380

Registro válido

Fecha de consulta:

01/10/2024

Ficha:

73268014568900000059

A3

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JULY TATIANA

Apellidos: ROJAS OVALLE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105682130

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

06/12/2023

Última actualización ciudadano:

07/12/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

A1→A5 **B1→B7** **C1→C18** **D1→D21**

Pobreza extrema Pobreza moderada Vulnerabilidad Ni pobre ni vulnerable



OFICINAS CERCANAS ENTÉRESE MÁS AQUÍ

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1991

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

13-AGO-2009 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2904600 00199706-F-1105682130-20091125

0018290064A 1

32123257

Fec

Fit

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.105.682.130

ROJAS OVALLE

APELLIDOS


JULY TATIANA

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



Vista previa (documento)

 **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JULY	TATIANA	ROJAS	OVALLE

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				<input checked="" type="checkbox"/>				

Numero de documento de identidad: 1105682130

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2021	4	13

2.3 Departamento	2.4 Municipio
TOLIMA	ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

	SI	NO	X
Física			<input checked="" type="checkbox"/>
Visual			<input checked="" type="checkbox"/>
Auditiva			<input checked="" type="checkbox"/>
Intelectual		<input checked="" type="checkbox"/>	
Psicosocial (Mental)		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sordoceguera			<input checked="" type="checkbox"/>
Múltiple		<input checked="" type="checkbox"/>	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	79.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	5.00
Participación	34.38
GLOBAL	33.09

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Codigos Funciones Corporales
b117.3 b122.3 b164.3
- Codigos Estructuras Corporales
- Codigos Actividades y Participación
d161.3 d598.3 d760.3

Identificador: 8854 Generado en: 2021-04-13 09:54:49 AM Pág. 1 de



La salud es de todos

Minisalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-85702711
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-85707182

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, JULY TATIANA ROJAS OVALLE manifiesto que: SI

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

Martín Cecilia Ovalle
Nombre y Firma

Haver 65'693/2045
Documento: CC-1105682130

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



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.693.180**
OVALLE

APELLIDOS
MARTHA CECILIA

NOMBRES

Marttha Cecilia Ovalle

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1962**
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-OCT-1982 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



57



Registro válido

Fecha de consulta:

15/09/2025

Ficha:

73268399572300000874

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YASMIN

Apellidos: SANMIGUEL DEVIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 65704193

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

07/04/2025

Última actualización ciudadano:

07/04/2025

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

CECULA DE
CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.105.678.404

Apellido
NOVOA ZARTA

Nombre
KAROL TATIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
21 JUN 2007

S.O.
O+

Lugar de nacimiento
ESPINAL (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
24 JUL 2025, ESPINAL

Fecha de expiración
24 JUL 2035



Karen Lorena Novoa Zarza * 1.742.742.296

- 1. Códigos Funciones Corporales: b117.3 b126.2 b167.3
- 2. Códigos Estructuras Corporales
- 3. Códigos Actividades y Participación: d155.3 d175.3 d350.4

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

CATEGORIA DE DISCAPACIDAD		D. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Física	SI	NO	X
Visual	SI	NO	X
Auditiva	SI	NO	X
Intelectual	SI	X	NO
Psicosocial (Mental)	SI	NO	X
Sordocaguera	SI	NO	X
Múltiple	SI	NO	X
Cognición		75.00	
Movilidad		0.00	
Cuidado Personal		37.50	
Relaciones		55.00	
Actividades de la Vida Diaria		62.50	
Participación		53.57	
Dominio		Puntaje	

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA

2.2 Fecha de la Certificación: Año 2023 Mes 4 Día 12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora: NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora: 890701033

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

1.7 Documento de Identidad: Número de documento de identidad: 1105678404

Certificado de Nacimiento	Registro Civil	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
---------------------------	----------------	----------------------	---	----------------------	-----------------------	-----------	--------------------	---------------------------------

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: KAROL

1.2 Segundo nombre: TATIANA

1.3 Primer apellido: NOVOA

1.4 Segundo apellido: ZARZA

1.5 Departamento de Residencia: TOLIMA

1.6 Municipio de Residencia: ESPINAL



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711



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

Registro válido

Fecha de consulta:

22/08/2025

Ficha:

73268398571800001549

A3

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KAROL TATIANA

Apellidos: NOVOA ZARTA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1105678404

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

09/06/2021

Última actualización ciudadano:

09/06/2021

Última actualización vía registros administrativos:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.723.590**
MORENO MONTEALEGRE

APELLIDOS

IVAN MEDARDO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-DIC-1999**
ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O-

M

ESTATURA

G S RH

SEXO

17-ABR-2018 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Ivan Medardo Moreno Montealegre
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



0004600-01002713-M-1007723590-20180507

0061047767A 1

49544611



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
IVAN	MEDARDO	MORENO	MONTEALEGRE
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
TOLIMA		ESPINAL	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacimiento	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Pasaporte	Carta diplomática	Permiso especial de permanencia
---------------------------	----------------	----------------------	----------------------	---	-----------	-------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1007723500

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2023	10	26
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
Ni	890101033		

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	54.17
Movilidad	25.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Códigos Funciones Corporales

b117.3 b122.2 b125.2

2. Códigos Estructuras Corporales

3. Códigos Actividades y Participación

d570.2 d879.2 d940.3

Registro válido

Fecha de consulta:

28/08/2025

Ficha:

73268059570500000226

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: IVAN MEDARDO

Apellidos: MORENO MONTEALEGRE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007723590

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

06/10/2023

Última actualización ciudadano:

09/10/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.070.598.056**

BOTACHE MOLINA

APELLIDOS

SARA ISABELA

NOMBRES



Sara B. m.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

17-SEP-2007

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

17-SEP-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G S RH

F

SEXO

05-ENE-2015 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Anel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANEL SANCHEZ TORRES

INDICE DEPECHO



P-2904600-00716608-F-1070598056-20160702

0044859300A 4

41112691

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, SE EXPIDE PARA ACREDITAR
 PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO
 LEY 1260 DE 1970.
 VALIDO SIN SELLO DECRETO 2150 DE 1995.
 FERNANDO HERREDIA CASTILLO
 Registrador Especial del Estado Civil

21 ENE. 2009

7 DIC 2005
 TERESA VA SANTOS

21 ENE. 2009 - RECONOCIMIENTO PATRINO O MATERNO - VOLUNTARIO SEGUN
 DECISO DE FECHA NOVIEMBRE 25 DE 2008 DEL I.C.B.F. CENTRO ZONAL
 SERIAL LIBRO DE VARIOS TOMO 24 0001 SERIAL REEMPLAZA A -
 19-ENE-2009

ESPECIO PARA NOTAS

Nombre y Apellido	FECHA DE NACIMIENTO
FERNANDO HERREDIA CASTILLO - REGIS	2009 ENE 21
Nombre y Apellido	FECHA DE NACIMIENTO
HOLINA RODRIGUEZ ELIA MARXANTIA	CC 65.701.520
Nombre y Apellido	FECHA DE NACIMIENTO
BOTACHE TROJILLO HOOVER MAYID	CC 93.130.539
Nombre y Apellido	FECHA DE NACIMIENTO
HOLINA RODRIGUEZ ELIA MARXANTIA	CC 65.701.520

REGISTRADURIA DE GIRARDOT - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicador Serial 42623160

NUMP 1.070.598.056

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	SARA
1.2 Segundo nombre	ISABELA
1.3 Primer apellido	BOTACHE
1.4 Segundo apellido	MOLINA

1.5 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro Civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de extranjeros
			X				

Número de documento de identidad: 1070598056

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA

2.2 Fecha: Año 2021, Mes 8, Día 4

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

2.3 Departamento: TOLIMA

2.4 Municipio: ESPINAL

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Porcentaje	41.67
Domnio	Cognición
	Movilidad
	Cuidado Personal
	Relaciones
	Actividades de la Vida Diaria
	Participación
	GLOBAL

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- 1. Codigos Funciones Corporales: b117.2 b160.2 b164.2
- 2. Codigos Estructuras Corporales: d161.1 d175.2 d310.2
- 3. Codigos Actividades Y Participación



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
VIVIANA FARLEY SANCHEZ BETANCOURT	Psicología	CC-28821744
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, SARA ISABELA BOTACHE MOLINA

manifiesto que SI

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

Nombre y Firma

65701320
Documento: TI-1070598056

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



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.701.320

MOLINA RODRIGUEZ
APELLIDOS

ELLA MARGARITA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

10-DIC-1973

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

O+

F

ESTATURA

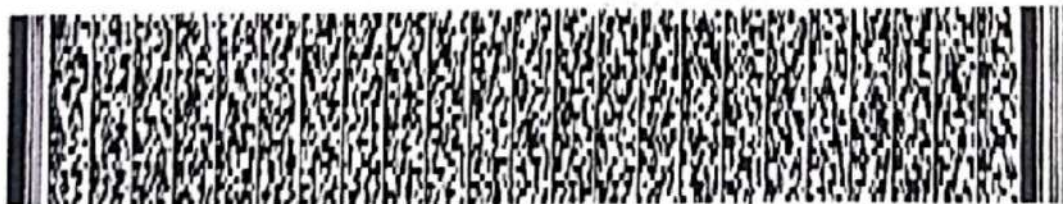
G.S. RH

SEXO

27-MAY-1992 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAHA



A-2904600-63159361-F-0065701320-20070923

03935 07266A 02 219415475

Fecha de consulta:

28/08/2025

Ficha:

7326803956980000456

C1**Vulnerable****DATOS PERSONALES****Nombres:** SARA ISABELA**Apellidos:** BOTACHE MOLINA**Tipo de documento:** Tarjeta de identidad**Número de documento:** 1070598056**Municipio:** Espinal**Departamento:** Tolima**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:** 22/11/2021**Última actualización ciudadano:** 22/11/2021**Última actualización via registros administrativos:** 25/11/2023***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente****Contacto Oficina SISBEN****Nombre administrador:**

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARÍA NACIONAL DE DEFENSA
SERVICIO NACIONAL DE IDENTIFICACION

CARDINAL
188-188
SERVIR
SERVIR



188-188-188-188



REPUBLICA DE COLOMBIA 07 AGO 1970

ARMENIA
COLOMBIA

188 A M

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARÍA NACIONAL DE DEFENSA
SERVICIO NACIONAL DE IDENTIFICACION



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre GEMAY
 1.2 Segundo nombre
 1.3 Primer apellido CAMELO
 1.4 Segundo apellido
 1.5 Departamento de Residencia TOLIMA
 1.6 Municipio de Residencia ESPINAL

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Registro Civil
 Tarjeta de Identidad
 Cédula de ciudadanía
 Cédula de extranjería X
 Pasaporte
 Carnet diplomático
 Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 93126142

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
 2.2 Fecha de la Certificación Año Mes Día 2024 7 30
 2.3 Tipo de Entidad Valoradora NI
 2.4 Nro. ID Entidad Valoradora 890701033

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Domnio X NO X
 Cognición X NO X
 Movilidad X NO X
 Cuidado Personal X NO X
 Relaciones X NO X
 Actividades de la Vida Diaria X NO X
 Participación X NO X

1. Codigos Funciones Corporales B230.3
 2. Codigos Estructuras Corporales \$250.373
 3. Codigos Actividades y Participación d570.2 d598.1 d879.2

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

Puntaje 12.50
 0.00
 6.25
 45.00
 0.00
 53.13

Powered by CamScanner

Identificador: 387875
 Creado en: 2024-07-30 11:38:02 AM
 Pág. 1 de 1

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: GEMAY
 1.2 Segundo nombre: CAMELO
 1.3 Primer apellido: ESPINAL
 1.4 Segundo apellido: TOLIMA

1.5 Departamento de Residencia: TOLIMA
 1.6 Municipio de Residencia: ESPINAL

1.7 Documento de Identidad: 93126142

Número de documento de identidad: 93126142

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
 2.2 Fecha de la Certificación: Año 2024, Mes 7, Día 30

2.3 Tipo de Entidad Valoradora: NI
 2.4 Nro. ID Entidad Valoradora: 890701033

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	NO	X	Puntaje	12.50
Visual	SI	NO	X		0.00
Auditiva	SI	NO	X		0.00
Intelectual	SI	NO	X		6.25
Psicosocial (Mental)	SI	NO	X		45.00
Sordoceguera	SI	NO	X		0.00
Múltiple	SI	NO	X		53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Códigos Funciones Corporales: B230.3
 2. Códigos Estructuras Corporales: \$250.373
 3. Códigos Actividades y Participación: 0570.2 0598.1 0879.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711



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

Puntos	Actividad	SI	NO	SI	NO	SI	NO
10.00	Participación		X				
10.00	Actividades de la Vida Diaria		X				
10.00	Relaciones		X				
10.00	Control Personal		X				
10.00	Intelectual			X			
10.00	Psico-social (familiar)				X		
10.00	Sensocognitiva					X	
10.00	Visual						X
10.00	Física						X

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- 1. Códigos Funciones Cognitivas
- 2. Códigos Estructuras Corporales
- 3. Códigos Actividades y Participación

BIENVENIDO: ANGELICA MARIA LUGO SANCHEZ



CONSULTA INDIVIDUAL

VOLVER A PANEL DE BÚSQUEDA

PARTES VINCULADAS A LA PERSONA

ID: 18717233 **NOMBRE:** GEMAY CAMELO
DOCUMENTO: 93126142 **TIPO:** CÉDULA DE CIUDADANÍA **GENERO:** **ETNIA:** NINGUNO
FUENTE: RUV **DECLARACIÓN:** 2327420 **DOCUMENTO:** 93126142 **ID PERSONA:** 10984977
NACIMIENTO: 07/08/1970 **GENERO:** HOMBRE **FUD/CASO:** NJ000052897 **TIPO VÍCTIMA:** DIRECTA
FECHA DECLA: 09/05/2013 **DEPTO. DECLA:** TOLIMA **ETNIA:** NINGUNA **DISCAPACIDAD:** -Oír, AUN CON F
MUN. DECLA: ESPINAL

DESPLAZAMIENTO FORZADO

FECHA SINIESTRO: 13/02/1991 **FECHA VALORACIÓN:** 17/09/2013 **TIPO DESPLAZAMIENTO:** INDIVIDUAL
RESPONSABLE: NO IDENTIFICA **ESTADO:** INCLUIDO
DEPTO SINIESTRO: CAQUETÁ **MUN. SINIESTRO:** CARTAGENA DEL CHAIRÁ

ID PERSONA	NOMBRES	DOCUMENTO	TIPO DOCUMENTO	RELACION	F. VALORACION	ESTADO	TIPO_VICTIMA	F. NACIMIENTO	GENERO
11207456	LUIS GONZALO CAMELOS	93138396	Cédula de Ciudadanía	Otros Parientes	17/09/2013	Incluido	DIRECTA	19/03/1985	Hombre
11207457	JEMMY NATALIA CAMELOS RODRIGUEZ	1111122821	Registro Civil	No responde (NR)	17/09/2013	Incluido	DIRECTA	05/01/2005	Mujer
11207455	LUZ ENSUEÑO CAMELO LLANOS	25023981	Cédula de Ciudadanía	Hermanos o Cuñados	17/09/2013	Incluido	DIRECTA	31/07/1969	Mujer
10984977	GEMAY CAMELO	93126142	Cédula de Ciudadanía	Jefe(a) de hogar (Declarante)	17/09/2013	Incluido	DIRECTA	07/08/1970	Hombre

AMENAZA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.702.231**

CUAICHAR
APELLIDOS

NORMA CONSTANZA
NOMBRES



NORMA CONSTANZA CUAICHAR
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

06-ENE-1974

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G. S. RH

F

SEXO

04-MAY-1993 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos da Indio Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS DA INDO VACHA



A-2904600-43156871-F-0065702231-20070305

02013070648 02 219402363

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) JOSE JHONATHAN BECERRA BARRETO identificado(a) con CC 1110262285 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/12/2019

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL

Categoría: SISBEN_1

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 2 días del mes 5 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOSE	JHONATHAN	BECERRA	BARRETO
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
TOLIMA		ESPINAL	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de extranjería	Paseaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	----------------------	-------------------------------------	-----------------------	------------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1110262289

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	Año	Mes	Día
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2023	3	30
NI	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
	890701033		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	37.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.4 b398.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d879.3 d910.2 d940.1



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.614.228

PINZON MURILLO

APELLIDOS

ERIKA JUDITH

NOMBRES

ERIKA JUDITH PINZON

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1989

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

07-OCT-2008 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



P-2904600-00156143-F-1007614228-20090513

0011445445A 1

28392903

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.614.228

PINZON MURILLO

APELLIDOS

ERIKA JUDITH

NOMBRES

ERIKA JUDITH PINZON

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1989

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

07-OCT-2008 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



P-2904600-00156143-F-1007614228-20090513

0011445445A 1

28392903

1. Codigos Funciones Corporales
 b730.2 b770.3 b820.2

2. Codigos Estructuras Corporales
 s120.279 s810.278

3. Codigos Actividades y Participación
 d4602.4 d598.2 d879.2

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

Porcentaje	Función	SI	NO	X
50.00	Física	SI	NO	X
62.50	Visual	SI	NO	X
75.00	Auditiva	SI	NO	X
30.00	Intelectual	SI	NO	X
37.50	Psicosocial (Mental)	SI	NO	X
95.00	Sordoceguera	SI	NO	X
0.00	Múltiple	SI	NO	X
	Global			

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

2.3 Departamento
 TOLIMA

2.4 Municipio
 ESPINAL

2.1 IPS donde se realiza la certificación
 HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA

2.2 Fecha
 Año 2022
 Mes 8
 Día 16

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

1.5 Documento de identidad
 Número de documento de identidad: 1007614228

1.4 Segundo apellido
 MURILLO

1.3 Primer apellido
 PINZON

1.2 Segundo nombre
 JUDITH

1.1 Primer nombre
 ERIKA

1.5 Documento de identidad
 Certificado de Nacimiento
 Registro civil
 Tarjeta de identidad
 Cédula de ciudadanía X
 Cédula de extranjería
 Pasaporte
 Carnet diplomático
 Permiso especial de permanencia

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

[Handwritten signatures and initials]

Firma

CC-1105682970

Psicología

NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA

CC-42111828

Medicina

ANA MILENA MAHECHA MONTILLA

CC-65707182

Enfermería

MARCELA VARGAS VARGAS

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

manifiesto que: SI

Yo, ERIKA JUDITH PINZON MURILLO estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Documento: CC-1007614228

Nombre y Firma

Erika Pinzon

Erika Pinzon

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



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

Registro válido

Fecha de consulta:

29/08/2025

Ficha:

7326806956600000523

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ERIKA JUDITH

Apellidos: PINZON MURILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007614228

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/02/2023

Última actualización ciudadano:

13/02/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

64

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.188.970.289**
ORTEGON VILLANUEVA

APELLIDOS

DIEGO FERNANDO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-2014**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

15-NOV-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G S RH

M

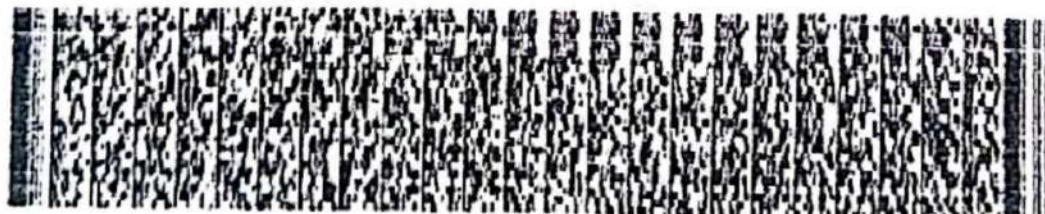
SEXO

26-NOV-2021 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
DE LA IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Modelo 4 - 2015 (1.188)



P 2900100-01276682-M-1188970289 20220119

0077871728A 2

8503512544

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: DIEGO
 1.2 Segundo nombre: FERNANDO
 1.3 Primer apellido: ORTEGON
 1.4 Segundo apellido: VILLANUEVA

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacimiento:
 Registro civil: **Tarjeta de Identidad**
 Cédula de ciudadanía: **Cédula de extranjería**
 Pasaporte: **Permiso especial de permanencia**
 Camé: **diplomático**

Numero de documento de identidad: 1188970289

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACION

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
 2.2 Fecha: Año 2022, Mes 8, Día 25
 2.3 Departamento: TOLIMA
 2.4 Municipio: ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Porcentaje	Actividad	SI	NO	SI	NO
75.00	Domnio	SI	NO	X	
0.00	Cognición	SI	NO	X	
0.00	Movilidad	SI	NO	X	
43.75	Cuidado Personal	SI	NO	X	
35.00	Relaciones	SI	NO	X	
50.00	Actividades de la Vida Diaria	SI	NO	X	
35.71	Participación	SI	NO	X	
39.91	GLOBAL	SI	NO	X	

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b1173 b1253 b1673

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

b1553 b3103 b5984

Registro válido

Fecha de consulta:

29/08/2025

Ficha:

73268398572200002153

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIEGO FERNANDO

Apellidos: ORTEGON VILLANUEVA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 11889702B9

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

28/06/2021

Última actualización ciudadano:

09/03/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1988

ESPINAL
(TOLIMA)

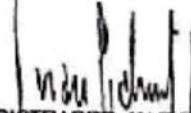
LUGAR DE NACIMIENTO

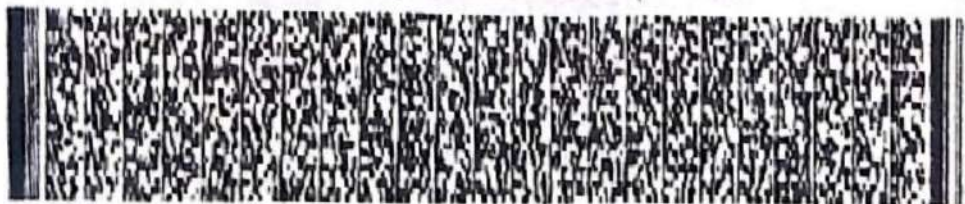
1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

06-MAR-2007 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACUA



P-2904600-63160711-F-1105677527-20071201

0138307335A 02 219415825

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.188.970.544**

CARDOZO ORJUELA

APELLIDOS

MARIA FERNANDA

NOMBRES

maría fernanda

FIRMA



Powered by  CamScanner

Página 45/130

Siguiente

Powered by  CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUN-2015**
ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO
23-JUN-2033

FECHA DE VENCIMIENTO

26-JUL-2022 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **F**
G S RH SEXO


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2904600-01310179-F-1188970544-20220727

0080207657A 1

8505241175



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARIA	FERNANDA	CARDOZO	ORJUELA
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
TOLIMA		ESPINAL	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carta de discapacidad	Permiso municipal de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	-------------------------------------	----------------------	-----------------------	-----------	-----------------------	----------------------------------

Número de documento de identidad: 1188970544

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PA

2.1 IPS donde se realiza la certificación

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

890701033

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

	Puntaje
Dominio	
Cognición	20.83
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	11.11
Participación	28.57

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.1 b144.1 b167.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.1 d161.1 d820.1

Identificador: 388876

Generado en: 2024-08-01 12:50:54 PM

Fecha de consulta:

29/08/2025

Ficha:

7326839857240000669

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA FERNANDA

Apellidos: CARDOZO ORJUELA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1188970544

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/12/2024

Última actualización ciudadano:

14/02/2025

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle B No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.105.677.294

ORJUELA LEAL

VELOCIDAD

LUISA FERNANDA

SEÑALES

Luisa Orjuela

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

04-NOV-1988

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

A+

F

ESTATURA

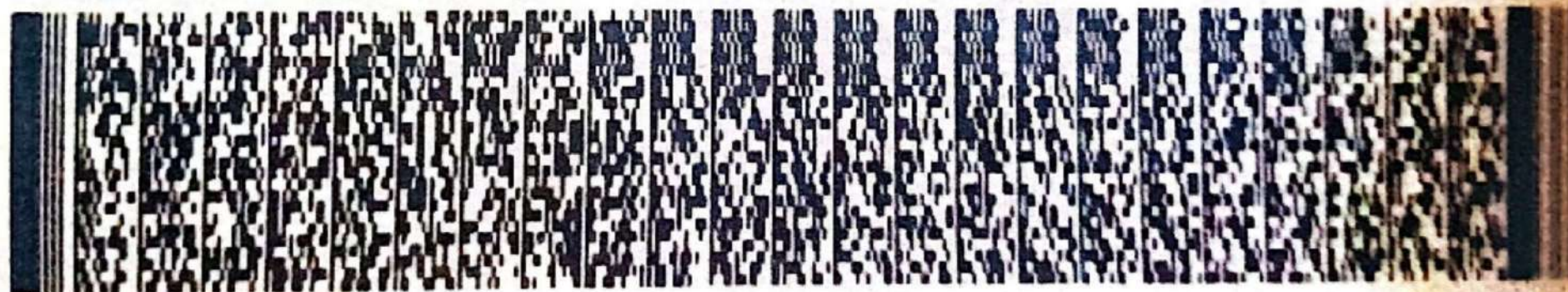
G.S. RH

SEXO

06-FEB-2007 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2904600-01264413-F-1105677294-20211110

0076243555A 1

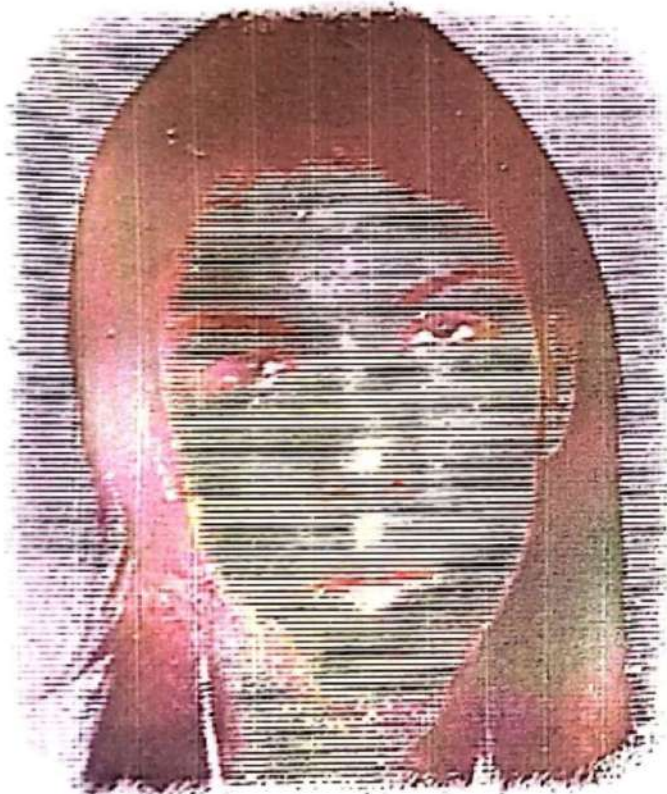
8502396685

CECULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.109.070.775



Apellidos

BELTRAN CHAVARRIAGA

Nombres

MARIA MILAGROS

Nacionalidad

COL

Estatura

1.54

Sexo

F

Fecha de nacimiento

03 ENE 2005

G.S.

O+

Lugar de nacimiento

SUCRE-SUCRE (VENEZUELA)

Fecha y lugar de expedición

22 FEB 2023, ESPINAL

Fecha de expiración

22 FEB 2033

Maria Milagros Beltran



66

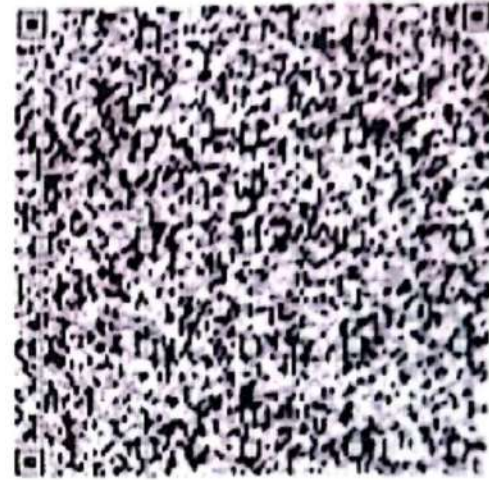
016183029

016183029



Alexander Vega Rocha

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL016183029829046<<<<<<<<<<<
0501035F3302222COL1109070775<2
BELTRAN<CHAVARRIAGA<<MARIA<MIL

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



N° Habilitación 732680238601

SANTA SOFIA IPS ESPINAL
9006611740-2 - REGIMEN COMUN
CARRERA 6 # 11-70 / CARRETA 7 # 5-06 D/CENTRO
Telefono 2390274-2390114 Celular 3160208468
E-mail santasofiaips.espinal@gmail.com
ESPINAL - TOLIMA

Espinal

17 FEBERO de 2023

CERTIFICACION MÉDICA

PACIENTE: MARIA MILAGROS BELTRAL CHAVARRIAGA

EDAD: 18 AÑOS

DOCUMENTO: 1.109.070.775

CERTIFICO QUE LA PACIENTE CUENTA CON DISCAPACIDAD DEBIDO ANTECEDENTE DE OSTEÓGENESIS IMPERFECTA, GENERANDO DE ESTE MODO LIMITACION PARA ACTIVIDADES FÍSICAS DESARROLLADAS EN EL AMBITO ESCOLAR. ADICIONALMENTE PACIENTE SIN NINGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD, PAI COMPLETO PARA LA EDAD.

PACIENTE QUIEN NO PRESENTA NINGUNA CONTRAINDICACION PARA VIAJAR AL EXTRANJERO, NO PRESENTA ALERGIAS, NO REQUIERE NINGUN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

SE REALIZA CERTIFICADO MEDICO A PETICION DE LA MADRE YINA ESPERANZA CHAVARRIAGA, CC 40.989.310.

MED. LAURA XIMENA PERDOMO ESCUDERO

RM: 1.105.692.207

MEDICO GENERAL

IPS SANTA SOFIA

Fecha de consulta:

29/08/2025

Ficha:

7326800656690000670

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA MILAGROS

Apellidos: BELTRAN CHAVARRIAGA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1109070775

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

09/12/2020

Última actualización ciudadano:

18/10/2023

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.105.685.004**

BUITRAGO PALMA

APELLIDOS

GERALDINE JULITSSA

NOMBRES

Geraldine Buitrago Palma

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-MAR-1993**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

06-SEP-2011 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2904600-00344035-F-1105685004-20111031

0028370306A 1

35435340



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre GERALDINE	1.2 Segundo nombre JULITSSA	1.3 Primer apellido BUITRAGO	1.4 Segundo apellido PALMA
1.5 Departamento de Residencia TOLIMA		1.6 Municipio de Residencia ESPINAL	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de 'Nacido Vivo'	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
------------------------------	----------------	----------------------	----------------------	---	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1105685004

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año 2025	Mes 7	Día 1
2.3 Tipo de Entidad Valoradora NI	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora 890701033		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	100.00
Movilidad	10.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Codigos Funciones Corporales
b320.3 b330.3 b398.3
- Codigos Estructuras Corporales
s130.383
- Codigos Actividades y Participación
d161.4 d175.4 d570.3

Identificador: 523333

Generado en: 2025-07-01 11:27:24 AM

Pág. 1 de 2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
BRISSET YOHANA BERMUDEZ PACHECO	Medicina	CC-45558796
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711



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

Fecha de consulta:

20/03/2025

Ficha:

73268399572300005209

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GERALDINE JULITSSA

Apellidos: BUITRAGO PALMA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105685004

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/02/2025

Última actualización ciudadano: 14/02/2025

Última actualización vía registros administrativos: 14/02/2025

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **5.897.443**
SANCHEZ RAMIREZ

APELLIDOS
NOE

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1942**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

AB+

G.S. RH

M

SEXO

06-AGO-1966 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PEÑAGOS GONZÁLEZ



A-2904600-01468816-M-0005897443-20241004

0142060220A 1

8512708170



Departamento Nacional de Planeación

Registro Único

A5

Fecha de consulta:

14/08/2025

Ficha:

73268398572300031160

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres NOE

Apellidos SANCHEZ RAMIREZ

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 5897443

Municipio ESPINAL

Departamento TOLIMA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

11/06/2024

Última actualización ciudadano

12/06/2024

Última actualización vía registros administrativos

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono

3209154652

Correo Electrónico

sisben@elespinal-tolima.gov.co

<<<< Consulta de Urgencias por Medicina General - 17/07/2025 10:11:04a. m. >>>>
 IMC: 0.00 Superficie Corporal: 0.00
 Especialidad: Medicina General
 Finalidad de la Consulta: NO APLICA
 Diagnóstico:
 - Trastorno de la piel y del tejido subcutáneo, no especificado (L989)
 * Motivo de la Consulta:
 - "SE CAYO DE LA SILLA"
 * Enfermedad Actual:
 - PACIENTE DE 83 AÑOS DE EDAD, REFIERE FAMILIAR DE PACIENTE QUE EL DIA DE HOY SE CAYO DE LA SILLA CON POSTERIOR ABRASION EN TERCIO MEDIO DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA POR LO QUE CONSULTA
 * Revisión por el Sistema:
 ANTECEDENTES:
 PATOLÓGICOS: HIPERPLASIA PROSTATICA USUARIO DE SONDA VESICAL, CEGUERA, PORTADOR DE MARCADOS CARDIACO POR BLOQUEO AV
 FARMACOLÓGICOS: AMLODIPINO, HIDROCLOROTIAZIDA, LOSARTAN
 QUIRÚRGICOS: NIEGA
 ALÉRGICOS: NIEGA
 FAMILIARES: NIEGA
 TÓXICOS: NIEGA
 TRAUMÁTICOS: NIEGA
 * Objetivo
 - Examen Físico
 - PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO,
 AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, OXIMETRÍAS EN METAS AL AMBIENTE
 CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ,
 CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA Y
 ROSADA, SIN LESIONES, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, CUELLO MOVIL, NO SE PALPAN
 ADENOPATIAS, NO INGLUGITACION YUGULAR
 TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO RETRACCION SUBCOSTAL NI INTERCOSTAL,
 SIN DEFORMIDAD, PULMONES NORMOVENTILADOS, SIN AGREGADOS, CORAZON RITMICO,
 SIN SOPLOS
 ABDOMEN: NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACION, SIN
 SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN ABDOMEN AGUDO, NI QUIRURGICO, PUÑO
 PERCUSION NEGATIVO
 EXTREMIDADES: SIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES,

Paciente: NOE SANCHEZ RAMIREZ - Cédula Ciudadanía 5897443
 - Id. Paciente 416181
 Edad: 83 Años - Sexo Masculino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2025 -
 POSS CAPITA NIVEL 1 **
 Médico Responsable: CRISTIAN CAMILO BOTINA BURBANO Registro Médico: 1061707363
 Especialidad Médico Responsable: Medicina General



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: NOE SANCHEZ RAMIREZ - Cédula Ciudadanía 5897443
- Id. Paciente 416181
Edad: 83 Años - Sexo Masculino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2025 -
POSS CAPITA NIVEL 1 **
Médico Responsable: CRISTIAN CAMILO BOTINA BURBANO **Registro Médico:** 1061707363
Especialidad Médico Responsable: Medicina General

**LLENADO CAPILAR MENOR DE DOS SEGUNDOS, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
NEUROLOGICO: ALERTA, GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA,
SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, FUERZA
MUSCULAR 5/5 EN CUATRO EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA
PIEL: ABRASION EN TERCIO MEDIO DE ANTEBRZAO IZQUEIRDO, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN
DOLOR A LA PALPACION DE ANTEBRZAO, SIN DEFORMIDAD DEL MISMO**

* **Signo Vitales**

- Pulso = 70 xmin
- F.C = 70 xmin
- P.A.S = 110 mmhg
- P.A.D = 70 mmHg
- SO2 (Sat) = 98 %
- F.R = 21 xmin
- Temperatura = 36.3 °C

* **MEDICAMENTOS FORMULADOS**

- Orden Nro. 3314543 - URGENCIAS - CONSULTORIO**
- Acetaminofen TAB 500 Mg
 - Obs:
 - Resp: CRISTIAN CAMILO BOTINA BURBANO
 - Cefalexina Capsula o Tableta 500 mg
 - Obs:
 - Resp: CRISTIAN CAMILO BOTINA BURBANO

* **Concepto:**

- PACIENTE DE 83 AÑOS DE EDAD, REFIERE FAMILIAR DE PACIENTE QUE EL DIA DE HOY SE CAYO DE LA SILLA CON POSTERIOR ABRASION EN TERCIO MEDIO DE ANTEBRZAO IZQUEIRDO, NIEGA OTRA SINTOAMTOLOGIA ASOCIADA POOR LO QUE CONSULTAN, PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, OXIMETRIAS EN METAS AL AMBIENTE, PIEL: ABRASION EN TERCIO MEDIO DE ANTEBRZAO IZQUEIRDO, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DOLOR A LA PALPACION DE ANTEBRZAO, SIN DEFORMIDAD DEL MISMO, PACIENTE CON COMPROMISO DE PIEL, SE INRGESA PARA CURACION DE HERIDA Y POSTERIOR EGRESO CON FORMULA MEDICA AMBUALTORIO, RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA.

SIGNOS DE ALARMA

RESPIRACION MAS RAPIDA DE LO NORMAL, AHOGO, DOLOR Y/O SILBIDO DE PECHO, VOMITO PERSISTENTE, FIEBRE PERSISTENTE, SOMNOLENCIA, ATAQUES O CONVULSIONES, BOCA SECA, ORINA POCO O NO, SI LOS SINTOMAS NO MEJORAN O EMPERON, FIEBRE PESE A

CL 4 6 29 Teléfonos 2482818 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por NATALIA GALVIS ANGULO

18/07/2025

8:24:29a. m.

2 de 3



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: NOE SANCHEZ RAMIREZ - Cédula Ciudadanía 5897443
- Id. Paciente 416181

Edad: 83 Años - Sexo Masculino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2025 -
POSS CAPITA NIVEL 1 **

Médico Responsable: CRISTIAN CAMILO BOTINA BURBANO **Registro Médico:** 1061707363

Especialidad Médico Responsable: Medicina General

MEDICAMENTOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, DOLOR EN EL PECHO, SANGRADOS, INTOLERANCIA A LA VIA ORAL, PERDIDA DE FUERZA EN HEMICUERPO, NO MEJORIA DE LA SINTOMATOLOGIA, HEMORRAGIAS, FIEBRE QUE NO CEDA CON EL TRATAMIENTO, CEFALEA INTENSA, DETERIORO NEUROLOGICO, PARESTESIAS EN EL CUERPO, AUSENCIA DE DEPOSICIONES, DEPOCIONES LIQUIDAS CON MOCO Y/O SANGRE, EQUIMOSIS, HERIDA CON SIGOS DE INFECCION LOCAL (ERITEME EDEMA CALOR SALIDA DE SECRECION PURULENTO), EDEMA EN MIEMBROS INFERIORE, O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PAREZCA EXTRAÑO

RECOMENDACIONES GENERALES:

REPOSO, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, TOMA ABUNDANTE DE LIQUIDOS, TOMA DE MEDICAMENTOS, NO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS NI CIGARRILLO, DIETA SALUDABLE, SEGUIR INSTRUCCION DE MEDICO, RECONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIA POR PRESENTAR CUALQUIERA DE LOS MENCIONADOS SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA EN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO ENFERMEDAD ACTUAL, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES, SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIREN ENTENDER Y ACEPTAR

Días de Incapacidad: 0

Destino: Ambulatorio

Médico Registra

Doctor: CRISTIAN CAMILO BOTINA BURBANO
Reg. Médico: 1061707363

CL 4 6 29 Teléfonos 2482818 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por NATALIA GALVIS ANGULO

18/07/2025

8:24:29a. m.

3 de 3

Powered by CamScanner

Siguiente

Registro válido

B1

Fecha de consulta:

01/09/2025

Ficha:

73268398572300017345

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA DEL PILAR

Apellidos: ROJAS HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 65550719

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

03/05/2022

Última actualización ciudadano:

03/05/2022

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

FICHA ÍNDICE DE BARTHEL

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria del Pilar Rojas Hernandez.

No. DOCUMENTO: 65550719

EDAD: 63 años

Item	Puntaje
1. Alimentación	
- Incapaz	0
- Necesita ayuda para extender la mantequilla, cortar la carne	5
- Independiente	10
2. Traslados (Silla a la cama, cama a la silla)	
- Incapaz, no tiene equilibrio para sentarse	0
- Se puede sentar con ayuda de una o dos personas	5
- Ayuda menor	10
- Independiente	15
3. Arreglo personal	
- Necesita ayuda para el cuidado personal	0
- Independiente (Lavarse la cara, los dientes, peinarse) proporcionando elementos	5
4. Uso del sanitario	
- Dependiente	0
- Necesita alguna ayuda pero puede hacer algunas actividades solo	5
- Independiente (Entrar al baño, usar el inodoro, limpiarse, arreglarse la ropa)	10
5. Baño	
- Dependiente	0
- Independiente (En la ducha)	5
6. Movilidad	
- Incapaz de desplazarse más de 45 m	0
- Se puede desplazar en silla más de 45 m y girar en las esquinas	5
- Puede caminar con asistencia más de 45 m	10
- Puede caminar sin asistencia más de 45 m	15
7. Escaleras	
- Incapaz	0
- Necesita ayuda de otra persona	5
- Independiente	10
8. Vestido	
- Dependiente	0
- Necesita ayuda (Hace la mitad de las tareas)	5
- Independiente (Incluso abotonarse, usar la cremallera, amarrarse los zapatos)	10
9. Intestino	
- Incontinencia (O necesidad de enemas)	0
- Accidente ocasional (Una vez a la semana)	5
- Continencia	10
10. Vejiga	
- Incontinencia (O cateterismo)	0
- Accidente Ocasional (Máximo una vez al día)	5
- Continencia	10
TOTAL	

La incapacidad funcional se valora como:

*Severa: < 45 puntos
*Grave: 45 - 59 puntos
ASISTIDO/A

*Moderada: 60 - 80 puntos
*Ligera: 80 - 100 puntos
VÁLIDO/A

0/100%

DIAGNÓSTICOS: 6821 Cuadriplejia
N319 Vejiga neurogenico
B91X secuelas de polio

Firma y sello del Médico

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.134.999**

AYALA GARZON

AFILIADOS

ALBEIRO

CONGRES



NO FIRMA



MOICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-1973**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

A+

M

ESTATURA

G.S RH

SEXO

04-AGO-1999 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AVEL SANCHEZ TORRES



A-2904600-00757588-M-6093134999-20151022

0047126391H 1

4487662

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: ALBEIRO
 1.2 Segundo nombre:
 1.3 Primer apellido: AYALA
 1.4 Segundo apellido: GARZON
 1.5 Departamento de Residencia: TOLIMA
 1.6 Municipio de Residencia: ESPINAL

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nac.do Vivo Registro civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía Cédula de extranjería Pasaporte Carnet diplomático Permiso especial de permanencia
 Número de documento de identidad: 93134999

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
 2.2 Fecha de la Certificación: Año 2023, Mes 4, Día 20
 2.3 Tipo de Entidad Valoradora: NI
 2.4 Nro. ID Entidad Valoradora: 890701033

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Categoría	SI	X	NO	Nivel de Dificultad	Puntaje
Física	SI	X	NO	Dominio	
Visual	SI		NO X	Cognición	95.83
Auditiva	SI		NO X	Movilidad	100.00
Intelectual	SI	X	NO	Cuidado Personal	62.50
Psicosocial (Mental)	SI		NO X	Relaciones	100.00
Sordoceguera	SI		NO X	Actividades de la Vida Diaria	100.00
Múltiple	SI	X	NO	Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- 1. Codigos Funciones Corporales
b110.4 b117.3 b730.2
- 2. Codigos Estructuras Corporales
s720.273 s730.273 s750.373
- 3. Codigos Actividades y Participación
d570.2 d598.4 d879.3



RESUMEN DE ATENCION

Paciente: ALBEIRO AYALA GARZON - Cédula 93134999
- Id. Paciente 99645

Edad: 42 Años - Sexo Masculino - COMPARTA EPS S ** 2015 - VIG C. Espec Tarifa Propia **

<<<< Consulta Externa de Medicina Especializada - 03/05/2015 11:38:31a.m. >>>>

IMC: 0.00 Superficie Corporal: 0.00

Especialidad: Psiquiatría

Finalidad de la Consulta: No Aplica

* Diagnóstico:

- Otros tipos de retraso mental profundo: deterioro del comportamiento de grado no especificado (F789)
obs:

* Concepto:

- NOVIEMBRE 08 - 2014

ANAMNESIS E INTRODUCCION

PACIENTE TRAIIDO POR UNA HERMANA, NACIMIENTO APARENTEMENTE NORMAL, ES MUDO PERO NO SORDO. PRESENTA UNA CONFORMACION CORPORAL DISPLASICA Y FOCOMELIA PARCIAL DE DEDOS DE MANOS Y PIES, NO DESAROLLO NINGUN LENGUAJE A VECES SE PUEDE COMUNICAR PARCIALMENTE POR SEÑAS, POR LO TANTO DEBIDO A TANTAS INCAPACIDADES FISICAS Y MENTALES DE CAUSAS PROBABLES CONGENITAS, O DE LO CONTRARIO GENETICAS NO ESTUDIADAS, EL PACIENTE PRESENTA UN RETARDO MENTAL SEVERO QUE LO INCAPACITA DE POR VIDA Y NO SE APROXIMA PARA UNA VIDA NORMAL Y PRAGMATICA

1. UNA VEZ EVALUADO EL PACIENTE A TRAVES DE 2 ENTREVISTAS Y TENIENDO EN CUENTA LA INTRODUCCION ANTERIOR, CONSIDERO QUE EL Sr. ALBERIO AYALA GARZON, PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD PADECE DE RETRASO MENTAL PROFUNDO CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO (F789), SEGUN LOS CODIGOS INTERNACIONALES DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL CIE-10.

2. LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD NO SE HA PODIDO DETERMINAR EN CUANTO A LOS GENES QUE HUBIERAN PODIDO CODIFICAR PARA ELLA POR NO DISPONER DE LA TECNOLOGIA APROPIADA PARA ESTUDIAR DESDE ESTE PUNTO DE VISTA EL CASO. LOS FACTORES CONGENITOS TAMPOCO SE HAN PODIDO DETERMINAR POR LA FALTA DE DATOS Y DE INFORMACION QUE HUBIERAN PODIDO APORTAR LA FAMILIA. SIN EMBARGO, LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DESCRITAS DURANTE LA ANAMNESIS Y LOS HALLAZGOS FISICOS DE ANOMALIAS ANATOMICAS DEL PACIENTE A TODAS LUCES DEMUESTRAN QUE SE TRATA DE UN DESORDEN GENETICO/O CONGENITO. SE ACLARA QUE LO GENETICO ES LO HEREDADO Y LO CONGENITO SON AQUELLOS DESORDENES QUE POR DIFERENTES FACTORES ALTERAN EL DESARROLLO EMBRIONARIO NORMAL.

3. EL PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD OBEDECE A LAS CONDICIONES DEL RETRASO MENTAL PROFUNDO, ES IRREVERSIBLE Y CRONICO Y POR LO TANTO LO LIMITA SEVERAMENTE. COMO CONSECUENCIA, LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA ADMINISTRAR SUS BIENES Y DISPONER DE ELLOS. NO CUENTA CON LA SUFICIENTE AUTONOMIA PARA DECIDIR SOBRE ACTOS VOLUNTARIOS SOBRE SU VIDA NI SOBRE SU FUTURO.

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 # 6 - 29 - Teléfono: 2482818 - 2482813
Espinal - Tolima - Colombia

Impreso Por Jaime Vengoshea O

03/05/2015

11:38:38a.m.

1 de 2



HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima



RESUMEN DE ATENCION

Paciente: ALBEIRO AYALA GARZON - Cédula 93134999
- Id. Paciente 99645

Edad: 42 Años - Sexo Masculino - COMPARTA EPS S ** 2015 - VIG C. Espec Tarifa Propia **

4. EL TRATAMIENTO PARA PROCURAR LA MEJORA DEL PACIENTE NO EXISTE Y SE ACLARA QUE ES UN PACIENTE PASIVO QUE NO REQUIERE MEDICACION PARA EPIFENOMENOS SINTOMATICOS. ES TRANQUILO Y NO ES AGRESIVO. SE DEJA CONDUCCIR POR SU HERMANA CONVENIENTEMENTE. LAS MEDIDAS SON ENTONCES PALATIVAS REQUIRIENDO DE APOYO FAMILIAR PERMANENTE PARA SU SOBREVIVENCIA.

5. SE DETERMINA DISCAPACIDAD MENTAL TOTAL

Días de Incapacidad: 0

Destino: Ambulatorio

Médico Tratante

Doctor: Jaime Vengoechea O

Reg. Médico: 7434720

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 # 6 - 29 - Teléfonos 2482818 - 2462813
Espinal - Tolima - Colombia

Impreso Por Jaime Vengoechea O

03/05/2015

11:38:38a.m.

2 de 2

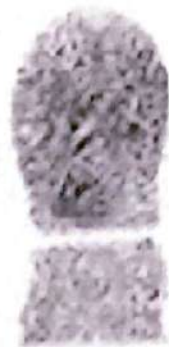
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CECULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.105.684.217
CALDERON OSPINA

EXCELLENCE
LEIDY JOHANA

NO FIRMES

NO FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1992

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.30
ESTATURA

O+
G.R. RH

F
SEXO

24-FEB-2011 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Leidy Johana Calderon Ospina
REGISTRADOR NACIONAL
CAROL DEL ARROYO TORRES

BIOMETRICOS



A 2064000 COMENTARIO F 1105684217 02141001

00415181148 2

0483120815

Registro válido

Fecha de consulta:

04/09/2025

Ficha:

73268398772500016337

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LEIDY JOHANA

Apellidos: CALDERON OSPINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105684217

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

24/09/2024

Última actualización ciudadano:

25/09/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.121.923**
LEAL

APELLIDOS

LUIS ALFONSO

NOMBRES

Luis Alfonso Leal
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-1963**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RFR

M

SEXO

11-JUL-1983 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AREZ SANCHEZ TORRES



A: 2801600-00058662.M: 0093121923-20080821 0002582216A 1 6480007399

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.105.690.305

LEAL CORTES

APELLIDOS

JONATHAN ESTEBAN

NOMBRES

[Handwritten signature]
NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
ESPINAL
(TOLIMA)

11-ABR-1997

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

A+

M

ESTATURA

G.S RH

SEXO

14-MAY-2015 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ADRIEL SANCHEZ TORRES



1105690305M1105690305-20150703

0044600171A 1

42961213

Registro válido

A4

Fecha de consulta:

20/06/2023

Ficha:

7326803856560000454

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JONATHAN ESTEBAN

Apellidos: LEAL CORTES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105690305

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

20/11/2020

Última actualización ciudadano:

20/11/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR ANDRES SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Carrera 6 No 8 - 07

Teléfono:

2390314 - 3209154652

Correo Electrónico:

sisben@espinal-tolima.gov.co

1/1

Powered by  CamScanner

Página 77/130

Siguiente



La salud es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JONATHAN	ESTEBAN	LEAL	CORTES

1.5 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1105690305

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2021	2	19

2.3 Departamento	2.4 Municipio
TOLIMA	ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

Dominio	Porcentaje
Cognición	100.00
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	90.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	81.25
GLOBAL	86.04

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.4 b122.4 b125.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.273 s750.263 s770.263

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d570.4 d598.4



La salud es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, JONATHAN ESTEBAN LEAL CORTES manifiesto que: SI
 estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

93121.923 ISV.
 Documento: CC-1105690305

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



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

73



Registro válido

Fecha de consulta:

15/09/2023

Ficha:

73268029569900000072

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ROOSEVELT

Apellidos: CANDIA PRADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93130207

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/10/2023

Última actualización ciudadano:

24/10/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@lespinal-tolima.gov.co

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JUAN	JOSE	TORRES	SANTOS
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
TOLIMA		ESPINAL	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			1070586934					

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA			Año	Mes	Día
			2023	9	5
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
N			890701033		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
Visual	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Auditiva	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Intelectual	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Sordoceguera	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Múltiple	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Domnio	Puntaje
Cognición	100.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	65.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.4 b125.4 b176.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.373 s750.373 s760.179

3. Codigos Actividades y Participación

d155.4 d570.3 d598.4



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182



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

Registro válido

Fecha de consulta:

05/09/2025

Ficha:

73268401572300000579

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN JOSE

Apellidos: TORRES SANTOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1070586934

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

30/04/2024

Última actualización ciudadano:

30/04/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.105.673.695**
CARDENAS QUINTERO

APELLIDOS
OLGA LUCIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-NOV-1985**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **A+**
ESTATURA G.S. RH

14-JUL-2005 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

F

SEXO

REGISTRADORA NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2904600-01220685-F-1105673695-20210904

0073665150A 1

8501460012

Registro válido

Fecha de consulta:

16/06/2025

Ficha:

73268167572400000170

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: OLGA LUCIA

Apellidos: CARDENAS QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105673695

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

25/03/2021

Última actualización ciudadano:

25/03/2021

Última actualización via registros administrativos:

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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: OLGA
 1.2 Segundo nombre: LUCIA
 1.3 Primer apellido: CARDENAS
 1.4 Segundo apellido: QUINTERO

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1105673695

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
 2.2 Fecha: Año 2021, Mes 9, Día 17
 2.3 Departamento: TOLIMA
 2.4 Municipio: ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Actividad	Porcentaje
Dominio	
Cognición	66.67
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	31.25
GLOBAL	44.65

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b167.3 b730.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.173

3. Codigos Actividades y Participación

d161.1 d310.3 d598.4



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: OLGA
 1.2 Segundo nombre: LUCIA
 1.3 Primer apellido: CARDENAS
 1.4 Segundo apellido: QUINTERO

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1105673695

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
 2.2 Fecha: Año 2021, Mes 9, Día 17
 2.3 Departamento: TOLIMA
 2.4 Municipio: ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

	Porcentaje
Dominio	
Cognición	66.67
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	31.25
GLOBAL	44.65

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

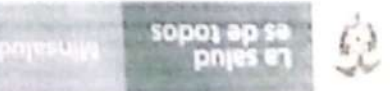
b117.3 b167.3 b730.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.173

3. Codigos Actividades y Participación

d161.1 d310.3 d598.4



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre OLGA
 1.2 Segundo nombre LUCIA
 1.3 Primer apellido CARDENAS
 1.4 Segundo apellido QUINTERO

1.5 Documento de identidad

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

Numero de documento de identidad: 1105673695

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACION

2.1 IPS donde se realiza la certificación HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA
 2.2 Fecha Año Mes Día 2021 9 17

2.3 Departamento TOLIMA

2.4 Municipio ESPINAL

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Porcentaje	Dominio	SI	NO	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
66.67	Cognición	SI	NO	X		SI	NO			SI	NO		
50.00	Movilidad	SI	NO	X		SI	NO			SI	NO		
50.00	Cuidado Personal	SI	NO	X		SI	NO			SI	NO		
5.00	Relaciones	SI	NO	X		SI	NO			SI	NO		
65.00	Actividades de la Vida Diaria	SI	NO	X		SI	NO			SI	NO		
31.25	Participación	SI	NO	X		SI	NO			SI	NO		
44.65	GLOBAL												

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b167.3 b730.1

2. Codigos Estructuras Corporales

5750.173

3. Codigos Actividades y Participación

d161.1 d310.3 d598.4

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

Vista previa (documento)



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, OLGA LUCIA CARDENAS QUINTERO manifiesto que: SI
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma Documento: CC-1105673695 65 690 602

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



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.134.929**

HERNANDEZ NUÑEZ

APELLIDOS

JOSE HERNAN

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1980**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

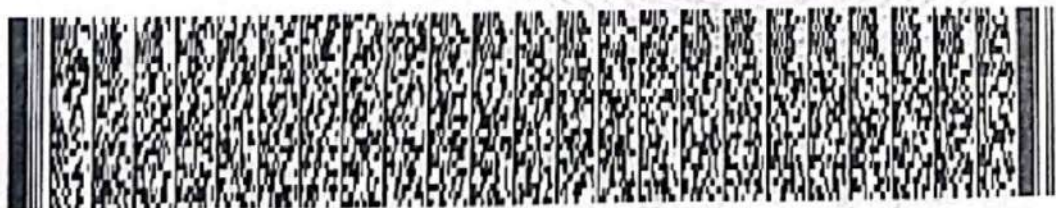
SEXO

21-MAY-1999 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2904600-00162176-M-0093134929-20090709

0013299240A 1

23429102

Fecha de consulta:

06/09/2023

A1

Ficha:

73268052570600000234

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE HERNAN

Apellidos: HERNANDEZ NUÑEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93134929

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/08/2022

Última actualización ciudadano:

25/08/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

MARIA YANET GARCIA VARELA

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3177705500

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

Powered by  CamScanner



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOSE	HERNAN	HERNANDEZ	NUÑEZ

1.5 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	----------------------	-------------------------------------	-----------------------	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 93134929

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
	2021	3	11

2.3 Departamento TOLIMA	2.4 Municipio ESPINAL
----------------------------	--------------------------

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Física	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
Visual	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Auditiva	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Intelectual	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Sordoceguera	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Múltiple	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	

Dominio	Porcentaje
Cognición	100.00
Movilidad	95.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	81.25
GLOBAL	93.54

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.4 b164.4 b760.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s710.379 s730.373 s750.373

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d4104.4 d598.4



La salud es de todos

Minsalud

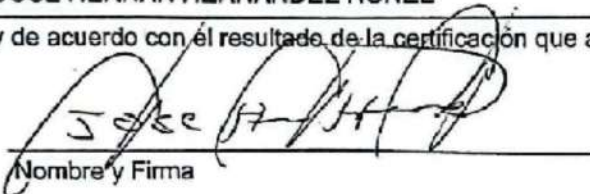
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
MARCELA VARGAS VARGAS	Enfermería	CC-65707182

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, JOSE HERNAN HERNANDEZ NUÑEZ manifiesto que: SI
 estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.


 Nombre y Firma

93115666ET
 Documento: CC-93134929

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



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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.105.679.091**

RAMIREZ MORENO
APELLIDOS

FRANCISCO JAVIER
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUN-1989**

ESPINAL
(TOLIMA)

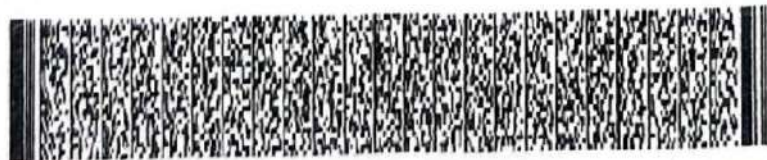
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-OCT-2007 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2901600-83170190-M-1105679091-20080426

00090 08114L 01 234396175



HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE :

Fecha: 8 de Julio de 2024 **Hora:** 14:35 **Registro No.** 666711
Nombre: RAMIREZ MORENO FRANCISCO JAVIER **Documento:** CC 1105679091 **Sexo:** M
Convenio: EPS FAMISANAR SAS EVENTO **POS** **Fecha de Nacimiento:** 23/06/1989 **Edad:** 35
Tipo Afiliado: Beneficiario **Categoría:** Sisben 1 **Regimen:** Subsidiado **Teléfono:** 3124564406
Empleador:
Profesional: LAURA XIMENA PERDOMO ESCUDERO **Especialidad:** MEDICINA GENERAL

Motivo Consulta:

ESTA CON MUCHA TOS
EN COMPAÑIA DE LA MAMA MARIA DE LOS ANGELES MORENO.

Enfermedad Actual:

MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD. CON ANTECEDENTE DE SD DE DOWN. QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE SU MADRE. QUIEN MENCIONA CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS CON MOVILIZACION DE SECRECION, MADRE COMENTA QUE EL PACIENTE NO SABE ESPECTORAR, ASOCIADO A DISFONIA. POR LO QUE ASISTE

ADICIONALMENTE MADRE COMENTA QUE HACE 8 DIAS PRESENTO DOLOR PRECORDIAL INTESO. ASOCIADO A DIAFORESIS. Y DIFICULTAD RESPIRATORIA.

COPROLOGICO: Q.E NANA 2+
URANALISIS NO SUGESTIVO
HEMGORAMA LEUC: 73000 NEU: 44,7% HB: 16,2 HTO: 30,8 PLT: 172000

Antecedentes Personales:

Última Citología	NIEGA
Ginecobstétrico	NIEGA
Aborto	NIEGA
Tóxico-alérgicos	NIEGA
Patológicos	NIEGA
Planificación	NIEGA
Transfusionales	NIEGA
Farmacológicos	NIEGA
Parto	NIEGA
Hospitalarios	NIEGA
FUR	NIEGA
Gestación	NIEGA
Cesarea	NIEGA
Traumáticos	NIEGA
Quirúrgicos	NIEGA
Vivos	NIEGA

Antecedentes Familiares:

Tuberculosis (TBC)	NIEGA
Diabetes (DM)	NIEGA
Asma	NIEGA
Epilepsia	NIEGA
Cáncer	NIEGA
Enfermedad mental	NIEGA
Hipertensión (HTA)	NIEGA

Revisión por Sistemas:

Gastrointestinal NO SINTOMAS

Fecha Impresión: 8/07/2024 14:51:11

RAMIREZ MORENO FRANCISCO JAVIER

IPRATROPIO BROMURO INHALADOR

REALIZAR 3 PFF CADA 8 HORAS POR 1 MESES

1

Medicamentos Formulados:

- Cantidad: 1 MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)
- Cantidad: 1 Mycobacterium tuberculosis, CULTIVO
- Cantidad: 3 COLORACIÓN PARA ACIDO ALCOHOL RESISTENTE (ZIEHL-NEILSEN) Y LECTURA O BACILOSCOPIA *
- Cantidad: 1 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A.6 A.P. y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS 6 LATERAL CON BARRIO)
- Cantidad: 1 COLESTEROL TOTAL
- Cantidad: 1 TRIGLICÉRIDOS
- Cantidad: 1 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Solicitud de Exámenes:

Remisión: 1
 Debe asistir a control en:
 Dias

Plan de Manejo: MASULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE SD DE DOWN, QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE SU MADRE, QUIEN MENCIONA CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIÓN, MADRE COMENTA QUE EL PACIENTE NO SABE ESPECTORAR, ASOCIADO A DISFONIA, POR LO QUE ASISTE ADICIONALMENTE MADRE COMENTA QUE HACE 8 DIAS PRESENTO DOLOR PRECORDIAL INTESO, ASOCIADO A DIAFORESIS, Y DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN FISIJO BUEN ESTADO GENERAL AUSCULTACION CARDIOPULMONAR RONCUS GENERALIZADOS A LA ESPIRACION, PACIENTE SINTOMATICO RESPIATORIO EN QUIEN SOLICITO BACILOSCOPIA, ALARMA

Conducta:

Diag. Relacionado 1 Z111 EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUBERCULOSIS RESPIRATORIA
 Diag. Principal J209 BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Impresión Diagnóstica:

Observación: ALERTA HIRATADO EN BUEN ESTADO GENERAL
 ORL SOBREPESO
 CRÁNEO / NORMOCEFALO
 CUELLO / NO MASAS CERVICALES, NO INCURGITACION YUGULAR
 TÓRAX/ RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, RONCUS GENERALIZADOS A LA ESPIRACION
 ABD / BLANDO, DEPRESTIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SE IDENTIFICAN MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
 EXT. / BULBÓNICAS, PERFUSION DISTAL NORMAL, PULSOS SIMÉTRICOS DE BUENA INTENSIDAD
 NEURO / NO FOCALIZACIÓN, CONCIENTE COLABORADOR MUSTA FUERZA 5 / 5 , ROT ++/+++ /++++, GLASGOW 15 / 15 , SINDROME DE DOWN

Examen Físico:

Frecuencia Respira	20	Talla	149	IMC	22,4
Perimetro cefálico	52	Tensión Arterial	120/80	Temperatura	36
Frecuencia Cardíaca	80	Peso	58	circunferencia abdominal	90

Revisión por Sistemas:

- Urológico: NO SINTOMAS
- Dermatológico: NO SINTOMAS
- Cardiovascular: NO SINTOMAS
- Garganta, Nariz y Oídos: NO SINTOMAS
- Abdomen: NO SINTOMAS
- Ojos: NO SINTOMAS
- Ginecológico: NO SINTOMAS
- Respiratorio: NO SINTOMAS
- Huesos, articulaciones y músculos: NO SINTOMAS
- Cabeza: NO SINTOMAS
- Neurológico: NO SINTOMAS

HISTORIA CLINICA

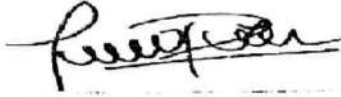
NIT. 900661740-2



HISTORIA CLINICA

Medicamentos Formulados:

BECLOMETASONA 50 DIPROPIONATO INHALADOR	REALIZAR 2 PFF CADA 12 HORAS POR 1 MESES	1
N-ACETILCISTEINA 200 MG SOBRES	TOMAR 1SOBRE DISUELTO EN 1 VASO CON AGUA CADA 12 HORAS POR 3 DIAS	6
ACETAMINOFEN TABLETAS DE 500 MG	TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS	15



LAURA XIMENA PERDOMO ESCUDERO
MEDICINA GENERAL
Reg. 1105692207
CC 1105692207

Registro válido

Fecha de consulta:

08/09/2025

Ficha:

73268056569200000246

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: FRANCISCO JAVIER

Apellidos: RAMIREZ MORENO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105679091

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

05/11/2020

Última actualización ciudadano:

05/11/2020

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@espinal-tolima.gov.co



Registro válido

Fecha de consulta:

15/09/2025

Ficha:

73268061569000000275

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALVARO

Apellidos: QUIMBAYO FUENTES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5895757

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

10/11/2020

Última actualización ciudadano:

10/11/2020

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.105.680.180**

QUINTERO VEGA
APELLIDOS

DIANA MAYERLY
NOMBRES



NO FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAR-2008**
ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO
21-MAR-2026

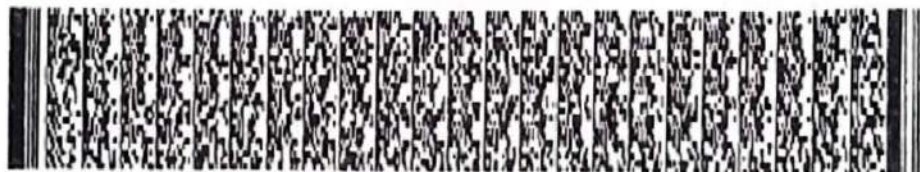
FECHA DE VENCIMIENTO
19-ENE-2016 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**

G S RH SEXO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2904600-00816613-F-1105680180-20160419

0049409845A 2

46277452

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
65.697.897

NUMERO

VEGA MORALES

APELLIDOS

NANCY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1969

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O+

G.S. RH

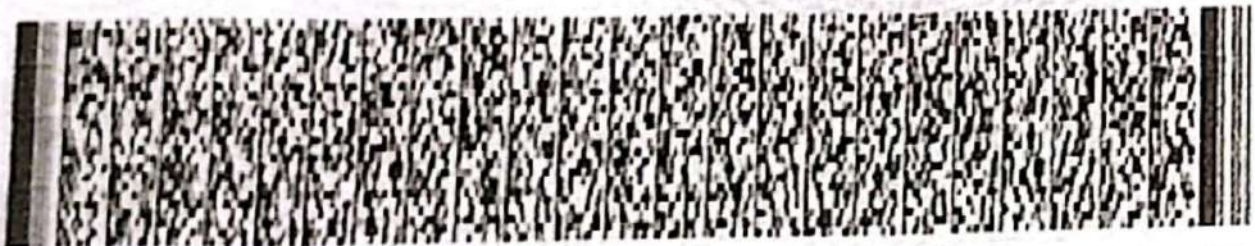
F

SEXO

07-JUN-1988 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALINDO VACHA



A-2004600-43157992-F-0065697897-20070428

0127107118A 02 209315901

Sistema reproductivo: Sin Información

Sistema urinario: Sin Información

Sistema gastrointestinal: Sin Información

Sistema respiratorio: Sin Información

Sistema circulatorio: Sin Información

Cuello: Sin Información

Boca y garganta: Sin Información

Nariz: Sin Información

Oídos: Sin Información

Ojos: Sin Información

Cabeza: Sin Información

REVISIÓN POR SISTEMA

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE PARALISIS CEREBRAL, RETARDO MENTAL GRAVE, CUADRIPESIA, EPILEPSIA, INCONTINENCIA DE ESFINTERES, DEPENDIENTE DE SILLA DE RUEDA, ANSIEDAD Y DEPRESION. QUIEN AL MOMENTO DE LA VALORACION SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE SU CUIDADOR PRIMARIO (MADRE: NACY VEGA) QUIEN REFIERE QUE PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA HOSPITALIZACIONES, NIEGA SINTOMATOLOGIA CARDIACA O RESPIRATORIA, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA A TRATAMIENTO MEDICO, TOLERA VIA ORAL, ALIMENTOS BLANDOS Y LIQUIDOS. DIURISIS Y DEPOSICIONES PRESENTES.

Enfermedad Actual

Causa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad: DIAGNOSTICO

SE REALIZA ATENCION DOMICILIARIA CON EPP
CORREO: NO REGISTRA
CEL: WPP3213805911 - 3132947349

CONTROL DE PAD

Motivo de consulta

EVOLUCIÓN

Otra(s): Sin Información

Varices Msis: Sin Información

Sistema osteomuscular: Sin Información

Sistema nervioso: Sin Información

Sistema endocrino: Sin Información

Sistema vascular periférico: Sin Información

Piel y faneras: Sin Información

SIGNOS VITALES

Tensión arterial (T/A): 122/77 mm Hg

Frecuencia cardíaca (FC): 84 ppm

Saturación (SPO2): 95 %

Temperatura (Ta): 36.7 °C

Frecuencia Respiratoria (FR): 22 rpm

Otros: Sin Información

ANTROPOMETRÍA

Peso: 70 Kg

Talla: 1.55 m

Otros: Sin Información

EXAMEN FÍSICO

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, TOLERA SEDENTE, NO BIPEDO NO DEAMBULA, NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS NORMOCROMICAS, MUCOSAS HUMEDAS, ORAL SIN ALTERACIONES, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, MV PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NI SOBREGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO PRESENTE, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS, GU: NO EXPLORADO, PORTADORA DE PAÑAL, EXTREMIDADES: SIMETRICAS, EUTROFICAS, MIEMBROS INFERIORES EN FLEXION ESPASTICA, SE EVIDENCIA HIPERTONIA, ARCOS DE MOVILIDAD SEVERAMENTE DISMINUIDAS, SIN EDENA, PULSOS DISTALES PRESENTES, SNC: NO FIJA LA MIRADA, NO SIGUE ORDENES, CLARAS ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO YA ETIQUETADOS DE DEMENCIA.

ESCALA BARTHEL

Comer: Dependiente

Bañarse: Dependiente

Arreglarse: Dependiente
Deposición: Incontinente
Micción: Incontinente
Ir al retrete: Dependiente
Trasladarse sillón / cama: Dependiente
Deambulacion: Dependiente
Subir y bajar escaleras: Dependiente

TOTAL: 0

ESCALA NORTON

Estado físico general: Mediano
Estado mental: Alerta
Actividad: Muy limitada
Movilidad: Sentado
Incontinencia: Urinaria o fecal

TOTAL: 13

ESCALA CRUZ ROJA

Grado incapacidad física -> Grado 4: necesita ayuda para casi cualquier actividad de la vida diaria, deambula con mucha dificultad ayudado por al menos 2 personas, incontinencia habitual.

Grados de incapacidad mental -> Grado 5: demencia avanzada, vida vegetativa con o sin episodios de agitación, incontinencia total.

ESCALA FAC (Nivel de Marcha)

Puntuación 0: No camina o lo hace con ayuda de 2 personas.

DIAGNÓSTICO

Principal: PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION

Secundario 1: RETRASO MENTAL GRAVE: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO

Secundario 2: EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES

Secundario 3: DEPENDENCIA DE SILLA DE RUEDAS

Vista previa (documento)

Secundario 4: INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

Secundario 5: INCONTINENCIA FECAL

ANÁLISIS

PACIENTE CON ANTECEDENTES YA DESCRITOS, QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CONSCIENTE, CONFUSA, EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE METAS, CON POCA TOLERANCIA A LA VIA ORAL DE ALIMENTOS SOLIDOS, TOLERA SEMISOLIDOS Y LIQUIDOS, TOLERA OXIGENO AMBIENTE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRTS ACTIVOS, AL EXAMEN FISICO DESTACA. PACIENTE CON MOVILIDAD REDUCIDA, DEPENDENCIA FUNCIONAL TOTAL (ESCALA DE BARTHEL: 0 PUNTOS) E INCONTINENCIA MIXTA POR LO QUE ORDENO PAÑALES PARA DISMINUIR RIESGO DE INFECCION DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS. SE EXPLICA ACOMPAÑANTE QUE PACIENTE NO CUENTA CON CRITERIO DE ENFERMERIA BASADOS EN CONSENSO DE ENFERMERIA DE LA EPS DEL 2023 NO CUENTA CON SOPORTES MECANICOS INVASIVOS O POR PRESION POSITIVA, NO REQUIERE REALIZACION DE CATETERISMOS, NO TIENE INFUSION CONTINUA DE NUTRICION, NO ES USUARIO DE NINGUNA OSTOMIA ENTIENDASE TALES COMO GASTROSTOMIA, YEYUNOSTOMIA, SONDA NASOGASTRICA NI USUARIO DE TRAQUEOSTOMIA, NO REQUIERE APLICACION DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS, NO REQUIERE APLICACION DE MEDICAMENTOS OPIACEOS POR VIA ENDOVENOSA, NO ES USUARIO DE CATETER CENTRAL, NO TIENE LESION MEDULAR ENTRE CUERPOS VERTEBRALES CERVICALES C3 Y TORACICOS T10, NO CUENTA CON BOMBAS DE INFUSION CONTINUA DE NUTRICION ENTERAL, CUIDADOS DE LA VIDA DIARIA QUE DEBEN SER REALIZADOS POR EL CUIDADOR SENTENCIA T- 098 DE 2016, CONTINUA CON SERVICIO DE ENFERMERIA 8 HORAS AL DIA DE LUNES A SABADO ESTABLECIDO POR FALLO DE TUTELA.

ORDENO TRANSPORTE ESPECIAL TIPO AMBULANCIA BASICA, PARA TRASLADO REDONDO A CITAS MEDICAS, TOMAS DE MUESTRAS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS. CONTINUA TERAPIA FISICA CON EL FIN DE CONSERVAR ARCOS DE MOVILIDAD, EVITAR DESACONDICIONAMIENTO FISICO Y ATROFIA MUSCULAR, ORDENO TERAPIA POR FONOAUDIOLOGIA PARA MIOESTIMULACION Y FORTALECIMIENTO DE PROCESO DEGLUTORIO. FORMULO TRATAMIENTO PARA PATOLOGIAS CRONICAS, DOY RECOMENDACIONES, EXPLICO SIGNOS DE ALARMA, FAMILIAR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

INCAPACIDAD

Genera incapacidad: No

PLAN

CONTINUAR PAD

-CITA CONTROL POR MEDICINA DOMICILIARIA BIMESTRAL

-TERAPIA FISICA DOMICILIARIA #8 SESIONES POR MES, ORDEN PARA 2 MESES

-TERAPIA POR FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA #8 SESIONES POR MES, ORDEN PARA 2

Powered by  CamScanner

FORMULACION MEDICA: (ORDEN PARA 2 MESES)

- 1- ACIDO VALPROICO JARABE DE 250 MG/5 ML - DAR 8 ML CADA 8 HORAS #8 FCO POR MES (16 PARA DOS MESES)
- 2- CARBAMAZEPINA SUSPENSION ORAL DE 100 MG/5 ML AL 2% - DAR 8 ML CADA 8 HORAS #8 FCO POR MES (16 PARA DOS MESES)
- 3- RISPERIDONA SOLUCION ORAL DE 30 ML - DAR 20 GOTAS CADA 8 HORAS #8 FCO POR MES (16 PARA DOS MESES)
- 4- BISACODILO TABLETA 5 MG - TOMAR 2 TAB CADA DIA #60 PARA UN MES (120 PARA DOS MESES)
- 5- ACETAMINOFEN TAB 500 MG - TOMAR 1 TABLETA CADA DIARIA PARA EL DOLOR #30 POR MES (60 PARA DOS MESES)
- 6- OXIDO DE ZINC AL 10% TARRO POR 110 GR - APLICAR EN CADA CAMBIO DE PAÑAL #3 TARRO POR MES (6 TARROS PARA DOS MESES)
- 7- CLORFENIRAMINA TABLETA 4 MG, DAR 1 TAB CADA 12 HORAS # 20 TAB POR MES (40 PARA DOS MESES)
- 8- KETOTIFENO TAB 1 MG, DAR 1 TAB CADA 12 HORAS #20 TAB POR MES (40 PARA DOS MESES)

INSUMOS: (ORDEN PARA 2 MESES)

- PAÑITOS HÚMEDIOS PAQUETE POR 100 UNIDADES - LIMPIEZA DIARIA #2 PAQUETES POR MES #4 PAQUETES PARA DOS MESES (TUTELA A FAVOR SENTENCIA T-098 DE 2016)

MIPRES: (07/07/2025)

SS/ PAÑALES DESECHABLES TALLA L, 4 DIARIOS, #120 PARA 1 MES, #360 POR 3 MESES

TRANSPORTE: (07/07/2025 ORDEN PARA 3 MESES)

SS/ TRANSPORTE ESPECIAL TIPO AMBULANCIA BASICA PARA TRASLADO REDONDO INTERMUNICIPAL E INTERDEPARTAMENTAL A CITAS MEDICAS Y TOMA DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, #4 POR MES, #12 PARA 3 MESES.

PLAN DE MANEJO

PROGRAMA: Crónico (Domiciliario)

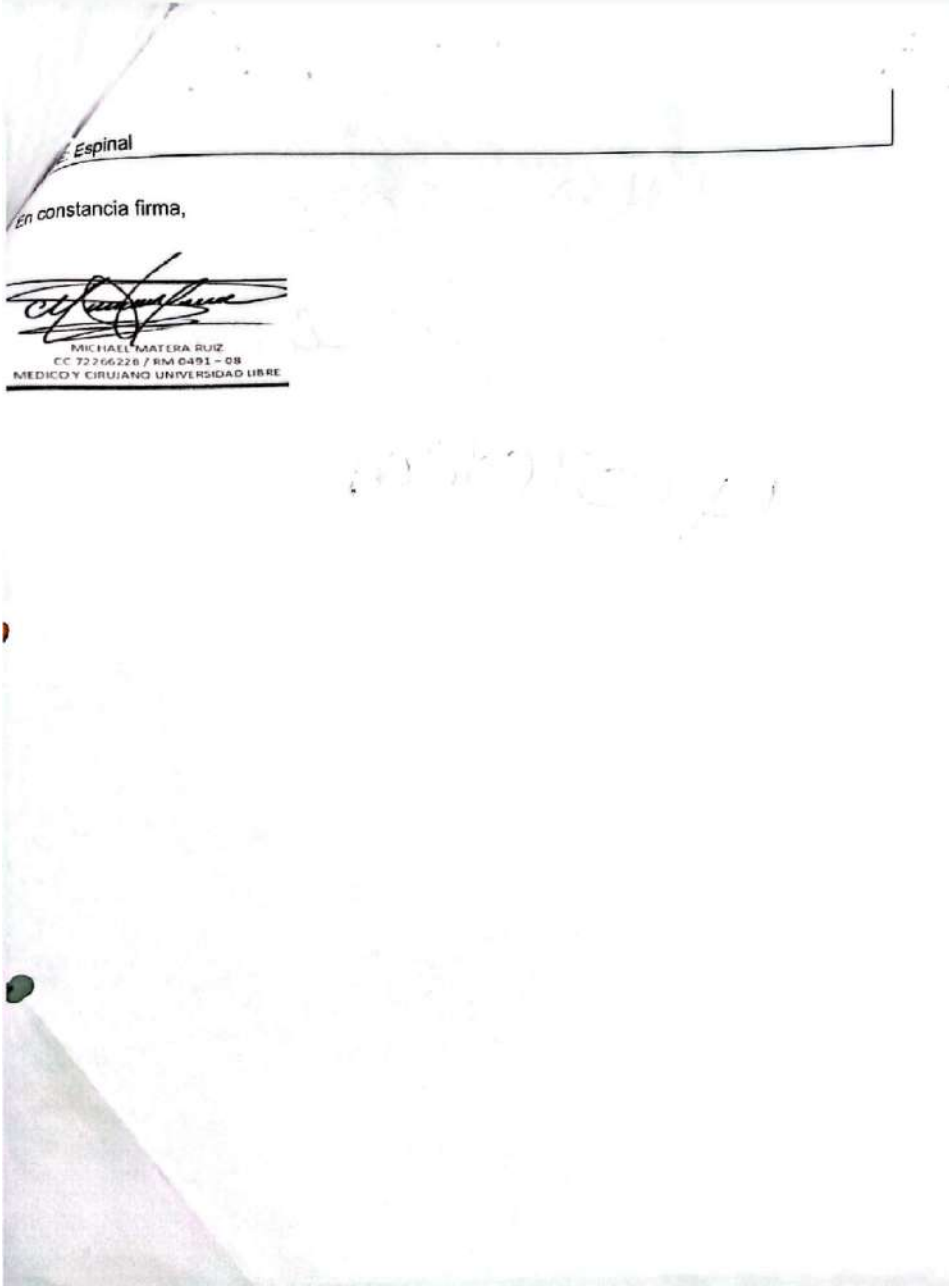
VALORACIÓN MEDICA: Bimestral

TERAPIAS

* Física: 8 sesiones al mes

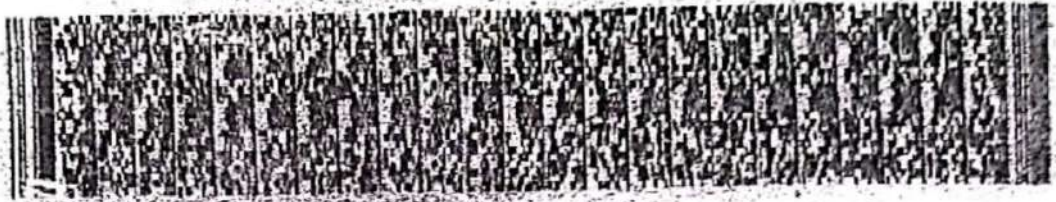
* Fonoaudiología: 8 sesiones al mes

Vista previa (documento)



Powered by  CamScanner

Siguiente



REGISTRADORA NACIONAL
ALVARADO RENDILLO LOPEZ

[Signature]

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

22-ENE-1999 ESPINAL

ESTATURA 1.56 G.S. RH A+

SEXO M

LUGAR DE NACIMIENTO

(TOLIMA)

ESPINAL

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1977

INDICE DERECHO



REPUBLICA DE COLOMBIA
CEDULA DE CIUDADANIA

93.134.680

NUMERO

MEDINA RAMIREZ

APellidos

MILTON

Nombre

NO FIRMA

Firma



RECORD CLINICO
HISTORIA CLINICA

Datos de Identificación

Identificación CC-9313483	Sexo MASCULINO	Genero MASCULINO	Religión Católica
Nombre EIR TOM MEDINA RAMIREZ	Fecha Nacimiento 1977-04-20	Edad 45 Años	Discapacidad Discapacidades múltiples
Etnia NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Estado Civil SOLTERO	Estrato 2	Escolaridad NO DEFINIDO
Email emec@guafomul.com	Origen ESPINAL	Fla. Acción NO	Ocupación No aplica
Dirección CVA SAN FRANCISCO	Residencia BOGOTA	Desplazado NO	Telefono 3125704113 - 3125704113
Aseguradora Responsable UT VIVA BOGOTA - ALOQUERIA	Plan CONTRIBUTIVO	Tipo Usuario BENEFICIARIO	

Consulta - # Interno: 7009443243

Profesional: NATALIA ARISTIZABAL PEÑA - Reg 1022932551 **Fecha I:** 2022-07-14 13:00:00 **Fecha F:** 2022-07-14 13:19:53

Especialidad: MEDICINA GENERAL **Scde:** UT VIVA BOGOTA - ALOQUERIA

Responsable
Nombre: MAGALY MEDINA (HERIZANA) **Parentesco:** Otros Parentes **Telefono:** 3125704113

Acompañante

Sin información registrada

Motivo de Consulta

CERTIFICADO PARA SAQA PASAPORTE

Enfermedad Actual

Presente

PACIENTE CON APP DE RIMA ASÍE EL DIA DE HOY A CONSULTA DERMATITIS EN PALMA DE LAS MANOS . NIEGA VOMITO DIARREA Y FIEBRE . NO HA ASISTIDO A URGENCIAS EL ULTIMO MES . COME DUERME ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD HIDRATADA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES

AL EXAMEN FISICO DE HOY EN BUEN ESTADO GENERAL . SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA . SIN EDEMA DISTAL . NEUROLOGICO CON DEFICIT SENSO-MOTRIZ . DEPENDENCIA DE DE SILLA DE RUEDAS Y ACOMPAÑANTE SIEMPRE . CON PALMA DE LAS MANOS ESCASOS CON SIGNO DE RAZCADA . ADEMS N IMPORIBILIDA PARA MOVILIZAR FALANGES POR MISMA ATROFIA DE RM

PLAN

SE CERTIFICA QUE PTE CON RETARDO MENTAL MODERADO . PROCTO DE UNA PARALISIS CERBRAL INFANTIL . QUE GENERA . HIPERTOFIA DE MUSCULATURA DE LAS MANOS Y PIES SEVERA . ADEMS TIENE DERMATITIS ATOPICA DERMITIS ATIPICA

SE RECOMIENDA LA CUIDADOR SOBRIÑA JOHANA URBANETA . DE RECOMENDACIONES DE DIETA HIPO GRASA . HIPOGLUCEMIA . HIPOSODICA . ADEMS DE RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA . DISMINUYA LA SAL EN LAS PREPARACION DE ALIMENTOS . MEJORE SU SABOR UTILIZANDO HIERBAS Y CONDIMENTOS NATURALES COMO CILANTRO . CEBOLLA . AJO . TOMILLO . LAUREL . OREGANO . PEREJIL . JUGO DE LIMON Y VINAGRE . EVITE CONSUMO CARNES FRIAS Y EMBUTIDOS COMO MORTADELA . JAMON . SALCHICHA . SALCHICHON Y CHORIZO . ENLATADOS . SARDINA . ATUN . FRUTAS Y VERDURAS EN CONSERVA . SALSAS . MAYONESA . MOSTAZA . SOYA Y ORIENTAL . CALDOS CONCENTRADOS . SOPAS Y CREAMAS DE PAQUETE . PRODUCTOS DE PANADERIA . QUESO COSTENO Y PESCADO SECO . CONDIMENTOS . SAL DE AJO . SAL DE CEBOLLA . CHITOS . PAPTAS . PLATANITOS . BOLIQUESO Y OTROS MECATOS DE SAL . BEBIDAS HIDRATANTES COMO GATORADE . EVITE EL CONSUMO DE ALKA Seltzer . SAL DE FRUTAS . POLVO ROYAL Y BICARBONATO UTILICE CARNES PULPAS . PESCADO . POLLO SIN PIEL Y MARGARINA VEGETAL . EN LUGAR DE CARNES GORDAS . CHICHARRON . CHORIZO . TOCINETA . MANTECA DE CERDO Y MANTEQUILLA DE VACA UTILICE ACEITE VEGETAL DE MAIZ . GIRASOL . SOYA PARA PREPARAR LOS ALIMENTOS Y ESCURRALOS EN UNA SERVILLETA DE PAPEL PARA QUE ABSORBA EL EXCESO DE GRASA . SIGNOS DE ALARMA PARA IR A URGENCIAS . DOLOR PRECORDIAL . DIFICULTAD RESPIRATORIA . PERDIDA DEL CONOCIMIENTO . ADOY SIGNO DE ALARMA CLINICA . SI PRESENTA DOLOR EN EL PECHO . FALTA DE AIRE . CIANOSIS PERIBUCAL Y EN MANOS . VOMITO DIARREA FIEBRE . PARESTESIA . SINCOPE . ASISTIR A CONSULTA DE EMERGENCIA . CUIDADO DE ESCARAS . DEGLUSION .

NOTA

NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS . NIEGA HABER ESTADO EN CONTACTO CON PTE CON SINTOMAS RESPIRATORIOS . NO HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS . CON ALTO RIEGO EPIDEMIOLOGICO . NO HA ESTAD FUERA DE PAIS . EN MENOS DE 14 DIAS

Revisión de Síntomas por Sistema

Piel y anexos No refiere	Ojos No refiere	ORL No refiere	Cuello No refiere	Cardiovascular No refiere	Pulmonar No refiere
Digestivo No refiere	Genital/urinario No refiere	Musculosqueleto No refiere	Neuroológico No refiere	Otros No refiere	

Examen Físico

Signos Vitales

PA Sis	PA Dia	Temp	FC	FR	Sat O2	Glucom	Peso(Kg)	Talla(cm)	IMC	Glasgow	FCF	Cirabd	Per.Cef	Perbra	FUM
120	60	36	70	20			60	156	24.66			65			

Condiciones generales Normal	Cabeza Normal	Ojos Normal	Oidos Normal	Nariz Normal	Orofaringe Normal
Cuello Normal	Dorso Normal	Mamas Normal	Cardiaco Normal	Pulmonar Normal	Abdomen Normal
Genitales Normal	Extremidades Normal	Neuroológico Normal	Otros Normal		

PACIENTE CON APP DE RIMA ASITE EL DIA DE HOY A CONSULTA DERMATITIS EN PALMA DE LAS MANOS TREGA VOMITO DIARREA Y FIEBRE, NO HA ASISTIDO A URGENCIAS EL ULTIMO MES COME DUERME ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD HIDRATADA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES AL EXAMEN FISICO DE HOY EN BUEN ESTADO GENERAL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN EL SIGNO DISTAL NEUROLOGICO CON DEFICIT SENSO-MOTRIZ DEPENDENCIA DE DE SILLA DE RUEDAD Y ACOMPAÑANTE SIEMPRE CON PALMA DE LAS MANOS ESCASOS CON SIGNO DE RAZCADA ADEMS N IMPORIBILIDA PARA MOVILIZAR FALANGES POR MISMA ATROFIA DE PTE PLANA SE CERTIFICA QUE PTE CON RETARADO MENTAL MODERADO PROCTO DE UNA PARALISIS CERBRAL INFANTIL QUE SENERA HIPERTONIA DE MUSCULATURA DE LAS MANOS Y PIES SEVERA ADEMS TIEN DERMATITIS ATOPICA DEMRTITIS ATIPICA SE RECOMIENDA LA CUIDADGR SOBRINA JH OANA URDANETA DE RECOMENDACIONES DE DIETA HIPO GRASA HIPOGLUCEMIA HIPOSODICA ADEMAS DE RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA DISMINUYA LA SAL EN LAS PREPARACION DE ALIMENTOS MEJORE SU SABOR UTILIZANDO HIERBAS Y CONDIMENTOS NATURALES COMO: CILANTRO CEBOLLA AJO TOMILLO LAUREL OREGANO PEREJIL JUGO DE LIMON Y MANGRE EVITE CONSUMO CARNES FRIAS Y EMBUTIDOS COMO MORTADELA JAMON SALCHICHA SALCHICHON Y CHORIZO ENLATADOS SARDINA ATUN FRUTAS Y VERDURAS EN CONSERVA SALSAS MAYONESA MOSTAZA SOYA Y ORIENTAL CALDOS CONCENTRADOS SOPAS Y CREAMAS DE PAQUETE PRODUCTOS DE PANADERIA QUESO COSTENO Y PESCADO SECO CONDIMENTOS SAL DE AJO SAL DE CEBOLLA CHITOS PAPITAS PLATANITOS BOLIQUESO Y OTROS MECATOS DE SAL BEBIDAS HIDRATANTES COMO GATORADE EVITE EL CONSUMO DE ALKA SELTZER SAL DE FRUTAS POLVO ROYAL Y BICARBONATO UTILICE CARNES PULPAS PESCADO POLLO SIN PIEL Y MARGARINA VEGETAL EN LUGAR DE CARNES GORDAS CHICHARRON CHORIZO TOCINETA MANTECA DE CERDO Y MANTEQUILLA DE VACA UTILICE ACEITE VEGETAL DE MAIZ GIRASOL SOYA PARA PREPARAR LOS ALIMENTOS Y ESCURRALOS EN UNA SERVILLETA DE PAPEL PARA QUE ABSORBA EL EXCESO DE GRASA SIGNOS DE ALARMA PARA IR A URGENCIAS: DOLOR PRECORDIAL DIFICULTAD RESPIRATORIA PERDIDA DEL CONOCIMIENTO ADOY SIGNO DE ALARMA CLINICA SI PRESENTA DOLOR EN EL PECHO FALTA DE AIRE CIANOSIS PERIBUCAL Y EN MANOS VOMITO DIARREA FIEBRE PARESTESIA SINCOPES ASISTIR A CONSULTA DE EMERGENCIA CUIDADO DE ESCARAS DEGLUSION NOTA NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS NIEGA HABER ESTADO EN CONTACTO CON PTE CON SINTOMAS RESPIRATORIOS NO HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON ALTO RIESGO EPIDEMIOLOGICO NO HA ESTAD FUERA DE PAIS EN MENOS DE 14 DIAS

Diagnostico

DX Ppal: Z810 - HISTORIA FAMILIAR DE RETARDO MENTAL

DX Ref1: P941 - HIPERTONIA CONGENITA

Tipo diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA Finalidad: No Aplica

Causa Externa: DTRA

Fecha: 2022-07-14 13:09:00 Med: NATALIA ARISTIZABAL PEÑA Especialidad: MEDICINA GENERAL Reg: t022932551

Consultas (Fin)

Adulto

Adulto - Percepción de Salud por el Usuario

Cod	Estado Salud	Alimentación	Actividad Física	Entero	
16765	Malo	Malo	Malo	Malo	NATALIA ARISTIZABAL PEÑA 2022-07-14 13:18:30

Adulto - Seguimiento

Cod	167856
Fecha	2022-07-14 13:19:27
Orientación sexual	NINGUNA

- Identidad de genero
- Edad de inicio de relaciones sexuales
- Número de compañeros sexuales
- Método Anticoncepción
- Dificultad Excitación
- Dificultad Lubricación
- Dificultad Orgasmo
- Dificultad Erección
- Dificultad Eyacuación
- Dificultad Olor
- Autonomía sexual
- Maternidad planeada
- Paternidad planeada
- IVE
- Notas
- Comidas/día
- Comidas/día con Familia
- Realización de dietas
- Consumo alimentos alto contenido calorico
- Consumo alimentos alto contenido grasas
- Consumo alimentos bajo contenido fibra
- Consumo alimentos alto contenido vitaminas
- Ingesta excesiva de calorías
- Ingesta deficiente de calorías
- Grasas saturadas
- Sodio

funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo Anormal

Cree que escucha bien?

Ha tenido algún problema en el oído?

Notas

Estructura del estado dentomaxilofacial

Funcionalidad

Notas

Legia

Velocidad

Contenido

Lenguaje

Coherencia

Fluidez

Afecto

Orientación

Concentración

Memoria

Calculos

Razonamiento abstracto

Introspección

Juicio

Afrontamiento sucesos vitales

Apariencia

Comportamiento

Pensamiento

Afecto

Estado de animo

Funcionamiento cognoscitivo

Funcionamiento sensorial

Funcionamiento motor

Alteraciones Conductuales

Depresion

Ansiedad

Lesiones físicas por exposición a violencias

Intento Suicidio

Abuso Psicologico

Notas

Glicemia (mg/dl)

LDL (mg/dl)

HDL (mg/dl)

Triglicéridos (mg/dl)

CT (mg/dl)

Creatinina Suero (mg/dl)

Sangre Oculta

T.Hepatitis C

HBsAg

T.Prueba Treponemica

Quimico Orina

T.HIV

A
Anormal
Positivo
A
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
Anormal
No Normativo
A

Instrumentos (Fin)

RECORD CLINICO
HISTORIA CLINICA

Alcohol
Fumar
Frutas
Verduras
Calcio
Hierro
Alimentacion Adecuada
Notas
Actividad Fisica
Descripcion de la Rutina
Frecuencia Higiene (Baño)
Numero de veces de higiene Oral dia
Frecuencia del lavado de manos del niño
Horas de sueño al dia
Habitto intestinal
Habitto urinario
Uso de elementos para fotoprotección
Autoexamen Seno
Autoexamen Testiculo
Prevencion Accidentes
Actividades Tiempo Libre
Actividades para el estres
Exposicion Violencia
Tiempo al dia TV, Internet, redes sociales

Uso elevado de redes sociales
Conduce Vehiculo
Notas
Actividad
Edad inicio Trabajo
Horario Trabajo
Razon Trabajo
Trabajo Legal
Trabajo Insalubre
Tipo de Trabajo
Carga laboral Excesiva
Exposicion a riesgos laborales
Notas

Adulto - Valoración

Cod 167856
Fecha 2022-07-14 13:19:07
Relaciones Sexuales
Pareja
Edad inicio Relaciones
Afectacion participacion o satisfaccion.
Funcionalidad sexual

Afectacion participacion o satisfaccion. Orientacion sexual

Afectacion participacion o satisfaccion. Deseo

Afectacion participacion o satisfaccion. Excitación

Afectacion participacion o satisfaccion. Lubricación

Afectacion participacion o satisfaccion. Orgasmo

Afectacion participacion o satisfaccion. Satisfacción

Afectacion participacion o satisfaccion. Erección

Afectacion participacion o satisfaccion. Eyacuización

Afectacion participacion o satisfaccion. Dolor

Signos violencia fisica
Signos violencia sexual

Notas
Hallazgos examen oftalmoscopico Anormal
Agudeza visual Anormal
OD
OI
AO
Notas NA
Inspección visual Anormal
Otoscofia Anormal

Fecha de consulta:

06/09/2025

Ficha:

73319413696100015740

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MILTON

Apellidos: MEDINA RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93134688

Municipio: Guamo

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

23/09/2024

Última actualización ciudadanía:

23/09/2024

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

NURY PATRICIA RICO CAYCEDO

Dirección:

Carrera 11 No 10 - 50 Palacio Municipal Barrio Centro

Teléfono:

3107804685

Correo Electrónico:

sisben@elguamo-tolima.gov.co

¿Cómo actualizo la información? Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por solicitudes de actualización en otros registros administrativos.
2. Cuando existe nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu vivienda.

Para acceder a la ficha utilicemos información de los siguientes entes:

- ICBF - Departamento para la Prosperidad Social
- Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICBR

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93137295**

SANCHEZ YATE
APELLIDOS

CESAR JAVIER
NOMBRES

NO FIRMA



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-SEP-1982**

ESPINAL
(TOLIMA)

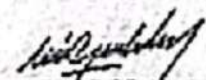
LUGAR DE NACIMIENTO

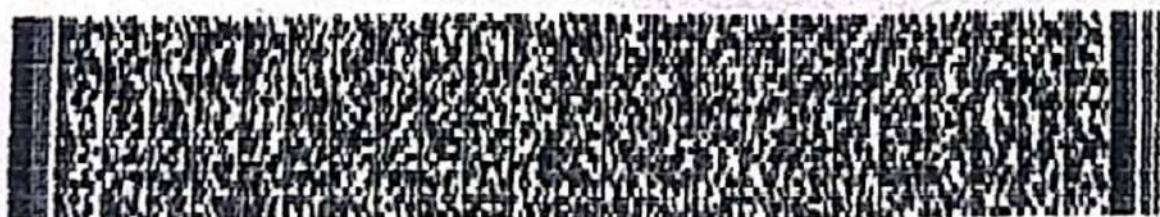
1.60
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

30-ABR-2002 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2904600-83105004-M-0093137295-20021113

0004502317M 01 105427862

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre **CESAR** 1.2 Segundo nombre **JAVIER** 1.3 Primer apellido **SANCHEZ** 1.4 Segundo apellido **YATE**

1.5 Departamento de Residencia **TOLIMA** 1.6 Municipio de Residencia **ESPINAL**

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacimiento Vivo Registro civil Registro de Identidad Cédula de ciudadanía Cédula de extranjería Pasaporte Carnet diplomático Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: **93137295**

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación **HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA**

2.2 Fecha de la Certificación **Año 2023 Mes 3 Día 16**

2.3 Tipo de Entidad Valoradora **NI**

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora **890701033**

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Función	SI	X	NO	Puntaje
Física	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100.00
Visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	80.00
Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	80.00
Intelectual	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81.25
Psicosocial (Mental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100.00
Sordoceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100.00
Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Códigos Funciones Corporales **b117.4 b176.2 b761.3**

2. Códigos Estructuras Corporales **5710.179 5730.273 5750.273**

3. Códigos Actividades y Participación **d310.4 d598.4 d879.4**

Registro válido

B1

Fecha de consulta:

08/09/2025

Ficha:

7326801456890000132

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CESAR JAVIER

Apellidos: SANCHEZ YATE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93137295

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

30/10/2020

Última actualización ciudadano:

30/10/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Sisb

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711



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

Registro válido

B1

Fecha de consulta:

08/09/2025

Ficha:

73268014568900000132

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CESAR JAVIER

Apellidos: SANCHEZ YATE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93137295

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

30/10/2020

Última actualización ciudadano:

30/10/2020

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.695.120**

YATE TAPIERO

APELLIDOS

OLIVA

NOMBRES

Oliva Yate
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-JUL-1962**

CUNDAY
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

29-OCT-1984 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2905900-00276119-F-0065695120-20110106

0025461685A 1

35422993



FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1979

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

O+
G.B. RH

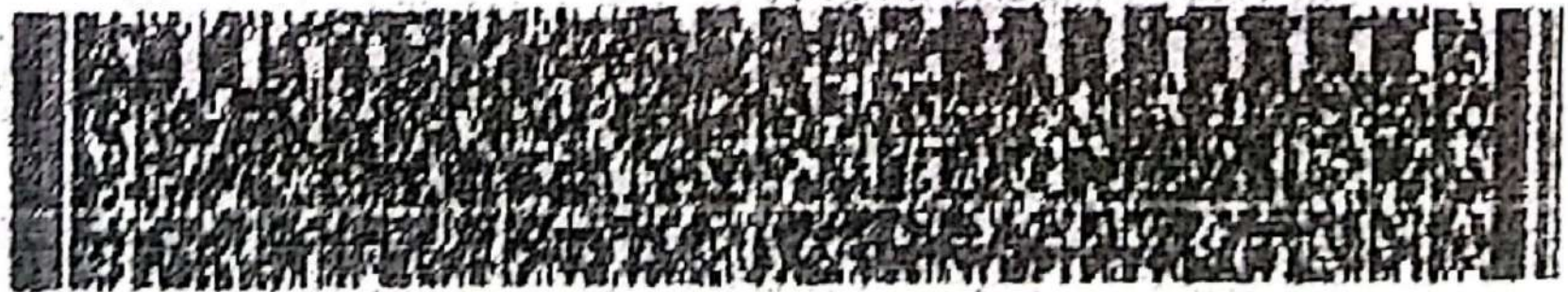
M
SEXO

02-MAY-1997 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Espel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ESPEL SÁNCHEZ TORRES



A-2904600-00317039-14-0063133278-20110729

0027810501A 1

35422240



HOSPITAL "SAN RAFAEL" E.S.E.
 ESPINAL - TOLIMA
 NIT. 800.701.033-0

DIA	MES	AÑO
22	02	2008

CIUDAD: Espinal
 DEPTO: TOL. 400390

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: José Antonio Sánchez Paez IDENTIFICACIÓN: 93133276

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ DEPTO: _____

TELÉFONO: _____ ENTIDAD ASEGURADORA: _____

NOMBRE MÉDICO: _____ DIRECCIÓN: _____

Nº FACTURA: _____ SERVICIO: _____ CAMA: _____ H.C. _____

MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA - CONCENTRACIÓN DOSIS Y FRECUENCIA - VÍA DE ADMINISTRACIÓN TIEMPO DE TRATAMIENTO	CANTIDAD (Número y Letra)
<p><i>Adulto de 28 años quien presenta discapacidad psicomotora. debido a hipoxia neonatal</i></p>		

ESTA FORMULA VENCE A LAS 48 HORAS DE SU EXPEDICIÓN

OBSERVACIONES: _____

D.X. CODIGO: _____

IGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Linea de Atención al Usuario: 8100370 - Bogotá D.C.
 Línea Operativa: 018000101032

Carlos E. Martínez R
 074472 FIRMA, CÓDIGO Y SELLO MÉDICO



Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

10/04/2025

73268040569300000382

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE ANTONIO

Apellidos: SANCHEZ PAEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93133276

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

09/10/2024

Última actualización ciudadano:

19/11/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@oespinal.tolima.gov.co

Registro válido

A3

Fecha de consulta:

26/04/2023

Ficha:

73268398571800000845

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ENERY

Apellidos: PULECIO HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1105678463

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

25/05/2021

Última actualización ciudadano:

25/05/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR ANDRES SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Carrera 6 No 8 - 07

Teléfono:

2390314 - 3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: ENERY PULECIO HERNANDEZ - Cedula de Ciudadania 1105678463
- Id. Paciente 144575

Edad: 35 Años - Sexo Femenino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2023 -
POSS TARIFA PROPIA **

Médico Responsable:

Registro Médico: 1032437648

Especialidad Médico Responsable: Neurología

<<<< Consulta Externa de Medicina Especializada - 26/07/2023 8:40:22a.m. >>>>

IMC: 0.00 Superficie Corporal: 0.00

Especialidad: Neurología

Finalidad de la Consulta: No Aplica

* Diagnóstico:

- Distoria, no especificada (G249)
- Cefalea (R51X)

* Motivo de la Consulta:

- NEUROLOGIA - CONTROL

* Enfermedad Actual:

- PACIENTE DE 35 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE:
1. CEFALEA DE CARACTERISTICAS MIXTAS

SEMILOGIA DE LA CEFALEA

CEFALIA FRONTAL TIPO OPRESIVO ASOCIADO A AFOTOFOBIA, SONOFOBIA, OSMOFOBIA,
NAUSEAS, EMPEORA CON LA ACTIVIDAD FISICA EAV 5/10 QUE AUMENTA A 9/10 ALOS 6
MINUTOS, REFIRE TOMA ACETAMINOFEN CON MEJORIA A LOS 30 MINUTOS
NO FOSFENOS NO TINNITUS

FRECUENCIA DE LA CEFALIA 3 EPISODIOS A LA SEMANA, REFIERE EN EL MES PREVIO DEBIO
ASISTIR EN 1 OPORTUNIDAD A URGENCIAS POR DOLOR INENSO

REFIERE ADECUADO PATRON DE SUEÑO

REFIERE ES RONCADORA CRONICA REFIERE SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA EPWORTH 23

MEDICACION PROFILACTICO

PREGABALINA 25 MG CON MEJORIA DE LA INTENSIDAD DE LA CEFALIA REFIERE
SUSPENDIDA DESDE ABRIL 2023 DEBIDO A QUE SE LE TERMINO LA MEDICACION

tao normalsin lesiones agudas isquemicas

* Revisión por el Sistema:

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS : MENINGITIS A LOS 7 MESESCON SECUELAS DE HEMIPARESIA DISTONICA
IZQUIERDA

FARMACOLOGICOS :

ALERGICOS : NO REFIERE

QUIRURGICOS : POMEROYRESAECION DE FINBROMAS EN MAMA DERECHA

TOXICOLOGICOS : NO REFIERE

* Objetivo

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima

Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813

Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Stella Gonzalez Lozano

23/11/2023

8:00:56a.m.

1 de 3

HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: ENERY PULECIO HERNANDEZ - Cedula de Ciudadania 1105678463

- Id. Paciente 144575

Edad: 35 Años - Sexo Femenino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2023 -
POSS TARIFA PROPIA **

Médico Responsable:

Registro Médico: 1032437648

Especialidad Médico Responsable: Neurología

- Examen Físico
- FC 82 LPM

PRESENTES, PUPILAS 3MM NORMORREACTIVAS, MIRADA PRIMARIA CENTRADA, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS SIN PTOSIS PALPEBRAL, SENSIBILIDAD FACIAL CONSERVADA Y SIMETRÍA FACIAL CONSERVADO, LENGUA Y ÚVULA CENTRADA, ELEVACIÓN SIMÉTRICA DEL VELO DEL PALADAR. ELEVA LOS HOMBROS 5/5

MOTOR: TONO Y TROFISMO CONSERVADO EN 4 EXTREMIDADES, FUERZA: 5/5 DISTAL Y PROXIMAL EN 4 EXTREMIDADES, RMT ++/++++ EN 4 EXTREMIDADES. RESPUESTA PLANTAR FLEXFORA BILATERAL.

SENSIBILIDAD: CONSERVADA EN TODAS LAS MODALIDADES: SUPERFICIAL, CORTICAL Y PROFUNDA

COORDINACIÓN NO DISMETRÍA NI ADIADOCOCINESIA

MARCHA SIN ALTERACIÓN

NO SIGNOS MENÍNGEOS

MOVIMIENTOS ANORMALES MOVIMIENTOS DISTONICOS DE HEMICUERPO IZQUIERDO

* Zonas Anatómicas

* (Neurológico = Examen neurológico)

paciente alerta orientado en tiempo persona y espacio lenguaje fluente nomina repite no disartria funciones mentales superiores conservadoa pupilas isocoricas normoreactivas fondo de ojo no papiledema pulso venoso positivo, simetria facial motor 5/5 rot ++/++ marcha normal sensibilidad superficial y profunda conservada no dismetria ni disdiacociencia)

* MEDICAMENTOS FORMULADOS

Orden Nro. 2887456 - CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 12

- Naproxeno Tableta o capsula 250 mg

-Obs:

-Resp: DIANA MARIA PARADA PALACIOS

- Pregabalina 25mg Tab o Cap

-Obs:

-Resp: DIANA MARIA PARADA PALACIOS

* EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS

Orden Nro. 4781362 CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 12

- CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA -

CONTROL EN 3 MESES

- CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN FISIATRIA -

HEMIDISTONIA

Orden Nro. 4781346 CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 12

- TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD - CERVICALGIA

Orden Nro. 4781344 CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO 12

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima

Calle 4 No 6 29 Teléfonos 2482818 2482813

Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Stella Gonzalez Lozano

23/11/2023

8:00:56a.m.

2 de 3



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN DE ATENCION

Paciente: ENERY PULECIO HERNANDEZ - Cedula de Ciudadania 1105678463
- Id. Paciente 144575
Edad: 35 Años - Sexo Femenino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA ** 2023 -
POSS TARIFA PROPIA **
Médico Responsable: Registro Médico: 1032437648
Especialidad Médico Responsable: Neurología

- CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA -
CONTROL EN 3 MESES
- CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN FISIATRIA -
PACIENTE CON HEMIDISTONIA

* Concepto:
- PACIENTE DE 35 AÑOS CON CLINICA DE SECUELA DE APARENTE MENINGITIS EN LA
INFANCIA TEMPRANA CON DISTONICA IZQUIERDA DE PREDOMINIO DISTAL SECUNDARIA
CON CEFALEA DE CARACTERISTICAS MIXTAS CON ADECUADA RESPUESTA A MANEJO CON
PREGABALINA 25 MG POR LO QUE SE CONSIDERA REINICIO DE LA MISMA., SE RENEVA
ORDEN DE RNM CEREBRAL, SE SOLICITA VALRACION POR FISIATRIA, SE DA ORDEN DE
TERAPIA FISICA. COTNROL EN 3 MESES. SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE
ENTENDER Y ACEPTAR

Días de Incapacidad: 0
Destino: Ambulatorio

Médico Registra

Doctor: DIANA MARIA PARADA PALACIOS
Reg. Médico: 1032437648

HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Espinal Tolima
Calle 4 No 6 29 Telefonos 2482819 2482813
Espinal Tolima Colombia

Impreso Por Stella Gonzalez Lozano 23/11/2023 8:00:56a.m. 3 de 3

Siguiente

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.714.458**
BOCANEGRA VELASCO

APELLIDOS
DORA MARIA

NOMBRES

Dora Maria Bocanegra Velasco

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1954**

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

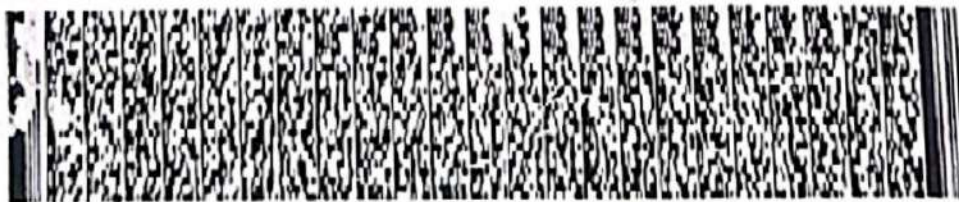
SEXO

16-ENE-1976 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2904600-00751613-F-0027714458-20150929 , 0046654114A 1 6483596985

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre **DORA**
 1.2 Segundo nombre **MARIA**
 1.3 Primer apellido **BOCANEGRA**
 1.4 Segundo apellido **VELASCO**

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo Registro Civil Tarjeta de Identidad Cédula de ciudadanía Cédula de extranjería Pasaporte Carnet diplomático Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: **28714458**

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación **HOSPITAL SAN RAFAEL ESE ESPINAL TOLIMA**
 2.2 Fecha **Año 2022 Mes 10 Día 11**
 2.3 Departamento **TOLIMA**
 2.4 Municipio **ESPINAL**

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Porcentaje	Dominio	SI	NO	X	NO	SI	NO	X	NO	SI	NO	X	NO	SI	NO	X	NO	SI	NO	X	NO
25.00	Cognición	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
90.00	Movilidad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
43.75	Cuidado Personal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
15.00	Relaciones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
75.00	Actividades de la Vida Diaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
62.50	Participación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
51.88	GLOBAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

1. Codigos Funciones Corporales

b125.2 b5401.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

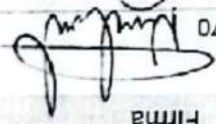
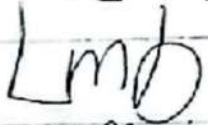
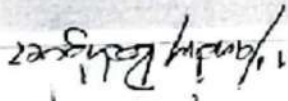
57501.411

3. Codigos Actividades y Participación

d598.3 d640.3 d879.3

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
NATALIA VANESSA DEL PILAR VARGAS CARMONA	Psicología	CC-1105682970 
ANA MILENA MAHECHA MONTILLA	Medicina	CC-42111828 
YANDRY LILIANA RODRIGUEZ VASQUEZ	Fisioterapia	CC-65702711 

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, DORA MARIA BOCANEGRA VELASCO manifiesto que: SI estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma Dora María Bocanegra Velasco Documento: CC-28714758 SI
 Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula.



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

Registro válido

Fecha de consulta:

05/09/2024

Ficha:

73268014568900000418

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DORA MARIA

Apellidos: BOCANEGRA VELASCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28714458

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/06/2023

Última actualización ciudadano:

13/06/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección:

Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono:

3209154652

Correo Electrónico:

sisben@elespinal-tolima.gov.co