	LA AURORA TOLIMA S.A.S. NIT. 900.135.782-6		
	CONTRATO N°	**TITULO**	**FECHA**
	2876 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2024	INFORME IV DE ACTIVIDADES	DEL 14 DE JULIO AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025

INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO 2876 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2024

DEL 14 DE JULIO AL

27 DE SEPTIEMBRE DE 2025

INICIO DE ACTIVIDADES.

29/10/2024

	LA AURORA TOLIMA S.A.S. NIT. 900.135.782-6		
	CONTRATO N°	**TITULO**	**FECHA**
	2876 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2024	INFORME IV DE ACTIVIDADES	DEL 14 DE JULIO AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025

CONTENIDO

OBJETO DEL CONTRATO …….. Pág. 4

SERVICIOS EXEQUIALES PRESTADOS …….. Pág. 4.1

BENEFICIOS PRESTADOS POR SERVICIO ..…… Pág. 235.1

OTRAS DISPOSICIONES …….. Pág. 241

ANEXOS DE FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION Y DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

EDGAR AUGUSTO FEIJOO RAMIREZ
C.C. 10.278.059 DE MANIZALES

	LA AURORA TOLIMA S.A.S. NIT. 900.135.782-6		
	CONTRATO N°	**TITULO**	**FECHA**
	2876 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2024	INFORME IV DE ACTIVIDADES	DEL 14 DE JULIO AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025

OBJETO DEL CONTRATO

SDSC – PRESTACION DE SERVICIOS EXEQUIALES DIRIGIDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE DE LOS PROGRAMAS DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO DEL MUNICIPIO DE IBAGUE.

	LA AURORA TOLIMA S.A.S. NIT. 900.135.782-6		
	CONTRATO N°	**TITULO**	**FECHA**
	2876 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2024	INFORME IV DE ACTIVIDADES	DEL 14 DE JULIO AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025

SERVICIOS EXEQUIALES PRESTADOS

Servicios Autorizados en Junio

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE DEFUNCIÓN	TIPO DE POBLACIÓN	VALOR
JULIAN LEONARDO ACOSTA ALVAREZ	16/06/2025	POBLACION LGTBIQ+	$ 721.050
VALOR TOTAL			**$ 721.050**

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 19 DE JUNIO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 16 DE JUNIO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: ERIKA SULEYDER ACOSTA

IDENTIFICACIÓN: 1110459056

DIRECCIÓN: MANZANA O CASA 43 B/ MIRADOR DE AMBALA

TELÉFONO: 3014693703

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: HERMANA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: JULIAN LEONARDO ACOSTA ALVAREZ

IDENTIFICACIÓN: 1006129908

PROGRAMA: POBLACION LGBTIQ+

DESCRIPCIÓN: TRASLADO NACIONAL BOGOTÁ-IBAGUÉ

OBSERVACIONES: TRASLADO NACIONAL BOGOTÁ-IBAGUÉ

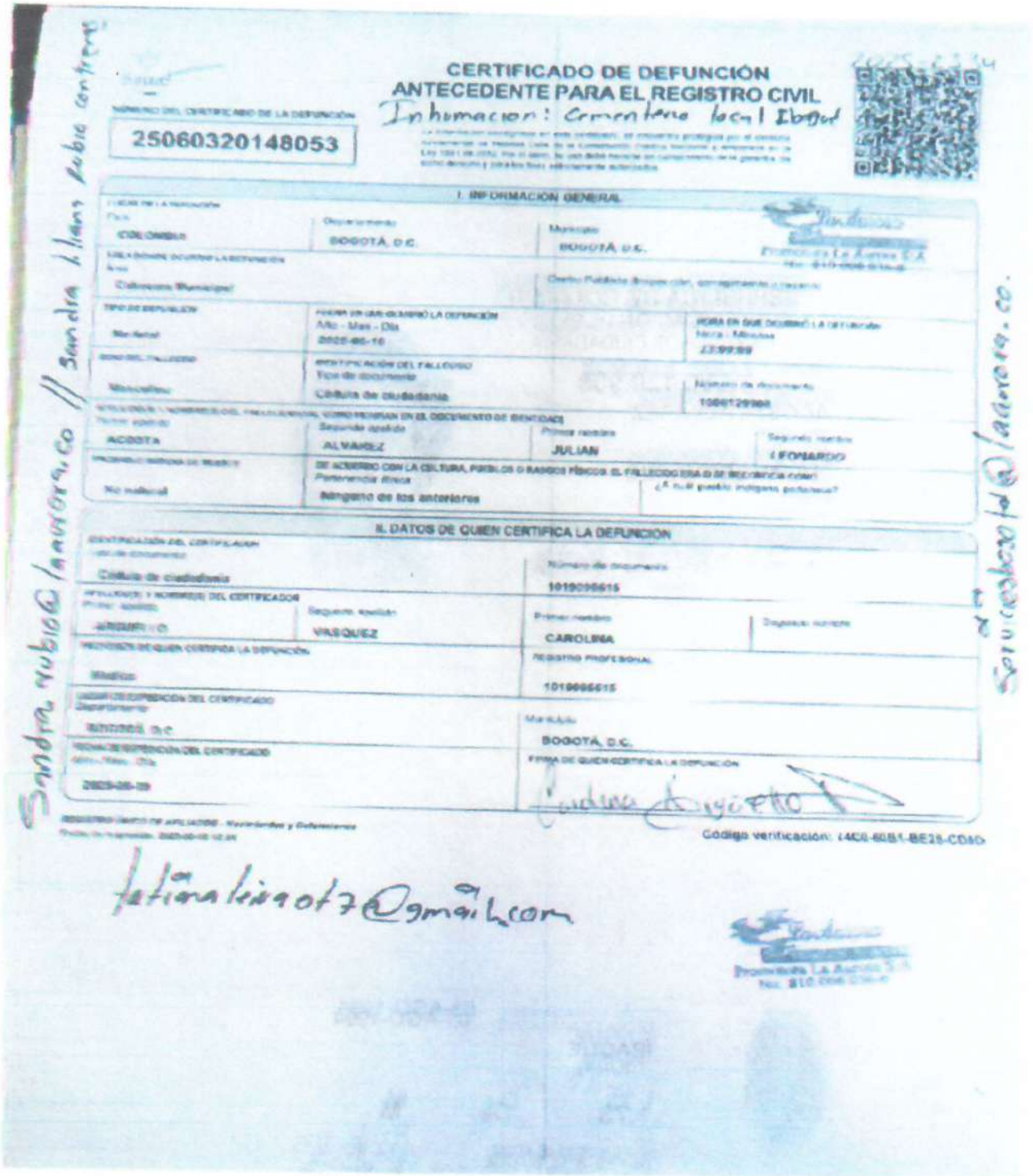
VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.005.129.908
ACOSTA ALVAREZ
APELLIDOS
JULIAN LEONARDO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1994
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-FEB-2013 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

Inhumacion: Cementerio local Ibagué

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN
25060320148053

I. INFORMACION GENERAL

COLOMBIA	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	
Cabecera Municipal			
Natural	2025-05-10	23:59:59	
Masculino	Cédula de ciudadanía		1006129988
ACOSTA	ALVAREZ	JULIAN	LEONARDO
No indígena	Ninguno de los anteriores		

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

Cédula de ciudadanía			1019095615
	VASQUEZ	CAROLINA	
Medico			1019095615
		BOGOTÁ, D.C.	
2025-05-09			

Código verificación: 14C6-6B51-BE25-CD8D

Sandra Rubio Lamprea // Sandra Liliana Rubio Lamprea

Sandra Rubio Lamprea CC 1.020.808.xxx

fatimaleiva07@gmail.com



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.110.459.056
ACOSTA ALVAREZ
APELLIDOS
ERIKA SULEYDER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1987
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-MAY-2005 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Sisbén

Fecha de consulta: 17/06/2025

Ficha: 73001059138560000 2013

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **JULIAN LEONARDO**

Apellidos: **ACOSTA ALVAREZ**

Tipo de documento: ***Cédula de ciudadanía***

Número de documento: **1006129908**

Municipio: **Ibagué**

Departamento: **Tolima**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/12/2024

Última actualización ciudadano: 18/12/2024

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: ***NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA***

Dirección: **Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA**

Teléfono:

Correo Electrónico: **sisben@ibague.gov.co**

Sisbén

Fecha de consulta: 17/06/2025

Ficha: 730010591385600002013

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **MARÍA CRISTINA**

Apellidos: **ÁLVAREZ JIMÉNEZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **65745687**

Municipio: **Ibagué**

Departamento: **Tolima**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/12/2024

Última actualización ciudadana: 18/12/2024

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 del administrador: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	65745687
NOMBRES	MARIA CRISTINA
APELLIDOS	ALVAREZ JIMENEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/07/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/17/2025 17:19:00	Estación de origen:	192.168.70.220

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	65745687
NOMBRES	MARIA CRISTINA
APELLIDOS	ALVAREZ JIMENEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/07/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/17/2025 17:19:00	Estación de origen:	192.168.70.220

FISCALIA

UNIDAD DE REACCIÓN INMEDIATA PUENTE ARANDA

Bogotá, D. C., 19 de Junio de 2025

Señores:
NOTARIO PRIMERO (01) DEL CÍRCULO DE BOGOTA D.C.
Ciudad.

REF: INSPECCIÓN DE CADÁVER No. 110016000028202502043

Conforme a lo ordenado en resolución de la fecha y para los fines legales del **REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN** (Arts. 73 y 79 del DCTO 1260 de 1970), me permito informar a Ud, que se ha practicado diligencia de Inspección a Cadáver de:

NOMBRE Y APELLIDOS	**: JULIAN LEONARDO ACOSTA ALVAREZ**
CEDULA CIUDADANIA	**: 1.006.129.908 DE IBAGUE**
GENERO	**: MASCULINO**
FECHA DE NACIMIENTO	**: 03 DE AGOSTO DE 1994**
LUGAR DE NACIMIENTO	**: IBAGUE - TOLIMA**
EDAD	**: 30 AÑOS**
MANERA DE MUERTE	**: SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
LUGAR DE LA DILIGENCIA	**: SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCION**

Inscrita la defunción, sírvase remitir un ejemplar con destino a la radicación de la referencia.

Cordialmente,

RODRIGO JIMENEZ PEREZ
FISCAL 329 LOCAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 65.745.687

ALVAREZ JIMENEZ

MARIA CRISTINA

COL 1 57 F

23 ABR 1970 A+

IBAGUE (TOLIMA)

02 JUN 1988 IBAGUE

12 DIC 2033

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0365825274290O1<<<<<<<<<<<
7004236F3312120COL65745687<<<4
ALVAREZ<JIMENEZ<<MARIA<CRISTIN

Señores

Secretaria de desarrollo social comunitario

Alcaldía municipal de Ibagué

Asunto: solicitud de traslado de Bogotá a Ibagué y prestación del servicio funerario de JULIAN LEONARDO ACOSTA ALVAREZ identificado con cc 1.006.129.908

Yo MARIA CRISTINA ALVAREZ JIMENEZ, identificada con cedula 65.745.687 de Ibagué de Tolima, mamá de JULIAN LEONARDO ACOSTA ALVAREZ, identificado con C.C 1.006.129.908 el cual vivía en mi casa ubicada en la manzana D casa 43 barrio Urbanización Mirador de Ambala, de Ibagué, amablemente solicito a ustedes la prestación del servicio de traslado de Bogotá a Ibagué y honras fúnebres en Ibagué de mi hijo, ya que desde el mes de mayo se fue de la casa sin dejarnos noticias para donde iba, el pertenecía a la comunidad LGTBIQ+ de la ciudad de Ibagué, en el Sisbén el pertenecía a mi mismo núcleo familiar teniendo una clasificación deA-1.

Mi hijo, por voluntad propia viajo a la ciudad de Bogotá, hace 20 días buscando una Fundación para internarse porque era una persona consumidora de alucinógenos él empezó a sentirse mal y se fue para el hospital Santa Clara y dijo que se había tomado 60 pastas de acetaminofén, para que lo atendieran rápido, allí fue hospitalizado por cuanto venía padeciendo de varias enfermedades, (VIH FACE TERMINAL) , donde lo dejaron en un estado donde su rostro fue afectado a tal punto que debía ser alimentado con pitillo el día viernes 13 del 2025, el médico internista se comunica conmigo vía telefónica poniéndome en conocimiento que mi hijo está muy mal y que un familiar debía de estar acompañándolo el día domingo 15 de junio una persona cercana a la familia fue a visitarlo y a llevarle útiles de aseo y hablar con él por esta razón mi hija Erika Álvarez viajo el día lunes 16 de junio, a estar pendiente de mi hijo ella hablo con los médicos tratantes y le dijeron que estaba muy delicado de salud, el día martes 17 de junio la trabajadora social del hospital llamo a mi hija diciéndole que se acercara al hospital porque tenía que brindarle una información, cuando ella llego al hospital él médico le informo que mi hijo ya había fallecido la noche anterior a las 11:00pm.

Mientras estuvo en la ciudad de Ibagué – Tolima, fue atendido en varias ocasiones ya que estaba afiliado al régimen subsidiado en la EPS salud total.

El cuerpo se encuentra en medicina legal por cuanto la clínica asegura que al parecer la causa del fallecimiento fue por intoxicación.

Cordialmente;

MARIA CRISTINA ALVAREZ JIMENEZ
c.c. 65.745.687

COLOMBIA
VIDA

Unidad para las Víctimas

Bogotá, Miércoles 22 de Noviembre de 2023

Señor(a)
MARIA CRISTINA ALVAREZ JIMENEZ
Dirección: CARRERA 12 NUMERO 41-50 BARRIO TRIUNFO
Teléfono: 3136695280
IBAGUE, TOLIMA, 48

Consultando el Registro Único de Víctimas (RUV) el día Miércoles 22 de Noviembre de 2023, nos permitimos informar que usted se encuentra registrado(a) **MARIA CRISTINA ALVAREZ JIMENEZ** identificado(a) con cedula de ciudadanía [illegible] declarante y o jefe de hogar.

[illegible]	[illegible]	Incluido	Amenaza	26/07/2023	CAUCA (19)	[illegible]

Que dentro de la declaración rendida **BC000687791** y el hecho victimizante **Amenaza**, se evidencia la relación del siguiente núcleo familiar:

MARIA CRISTINA ALVAREZ JIMENEZ	Jefe(a) de hogar (Declarante)	65745687	Incluido	26/07/2023
[illegible] ANDRES ACOSTA LIVAREZ	Nieto(a)	1069771936	Incluido	26/07/2023
[illegible] DENNIS ACOSTA ALVAREZ	Hijo(a) Hijastro(a)	1110522684	Incluido	26/07/2023
[illegible]	Hijo(a) Hijastro(a)	1006129908	Incluido	26/07/2023
MARTIN ALVAREZ JIMENEZ	Hermanos o Cuñados	93363746	Incluido	26/07/2023

[illegible]	[illegible]	Incluido	Desplazamiento forzado	14/08/2023	CAUCA (19)	[illegible]

Que dentro de la declaración rendida **BC000687791** y el hecho victimizante **Desplazamiento forzado**, se evidencia la relación del siguiente núcleo [illegible]

MARIA CRISTINA ALVAREZ JIMENEZ	Jefe(a) de hogar (Declarante)	65745687	Incluido	14/08/2023
[illegible]	Hijo(a) Hijastro(a)	1006129908	Incluido	14/08/2023
[illegible] ANDRES ACOSTA LIVAREZ	Nieto(a)	1069771936	Incluido	14/08/2023
[illegible] DENNIS ACOSTA ALVAREZ	Hijo(a) Hijastro(a)	1110522684	Incluido	14/08/2023
MARTIN ALVAREZ JIMENEZ	Hermanos o Cuñados	93363746	Incluido	14/08/2023

Código Verificación: 2023112215125332

Dirección: Complejo logístico San Cayetano, Carrera 85D No. 46A 65, Bogotá, Colombia
Conmutador: Tel: +57 (601) 796 5150
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 911119

[illegible] del Grupo Familiar inscrito en el Registro Único de Víctimas está determinado por la información que de manera libre y [illegible] ante el Ministerio Público. De esta manera, el grupo familiar queda registrado tal y como lo expreso el (los) declarante, quien lo [illegible] de tiempo, modo y lugar de los hechos victimizantes.

[illegible] toda la información suministrada por la Víctima y aquella relacionada con la solicitud de Registro es de carácter [illegible] parágrafo 1° del Artículo 156 de la Ley 1448 de 2011; de igual manera el artículo 31 del decreto 4800 en su numeral noveno señala [illegible] seguridad de la información y abstenerse de hacer uso de la información contenida en la solicitud de registro o del proceso de [illegible] provecho para sí o para terceros".

[illegible] las posibles legales deseen no se emitirán copias de este documento a ninguna otra entidad, ni persona natural o jurídica.

LOS TRÁMITES Y SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

SON GRATUITOS Y NO REQUIEREN DE INTERMEDIARIOS

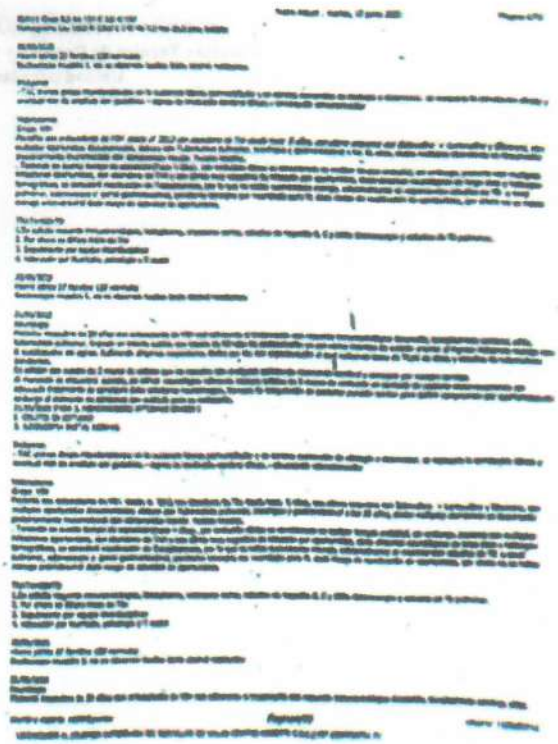
Nathalia Romero

ANDREA NATHALIA ROMERO FIGUEROA
Directora Tecnica de Registro y Gestión de la Información
Unidad para las Víctimas









Powered by CamScanner

Gmail

Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

Tramite para traslado de Julian Lonardo Acosta Alvarez

Francy Gomez <3114896612.fra@gmail.com>
Para: desarrollosocial@ibague.gov.co, gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

18 de junio de 2025, 5:47 p.m.

Cordial saludo.

Adjunto encontrarán los documentos solicitados por ustedes para realizar el traslado del cuerpo del joven Julian Leonardo Acosta Alvarez quien se encuentra en la ciudad de Bogotà a Ibague y su familia recurren a ustedes con el fin de que los ayuden con los trámites pertinentes para el traslado y las honras fúnebres.

Atentamente:

Maria Cristina Alvarez Jimenez
CC. 65 745 687
cel. 300 6058044
Cel 320 2323239

Julian Leonardo Acota Alvarez.pdf
17260K

	LA AURORA TOLIMA S.A.S. NIT. 900.135.782-6		
	CONTRATO N°	**TITULO**	**FECHA**
	2876 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2024	INFORME IV DE ACTIVIDADES	DEL 14 DE JULIO AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Servicios Autorizados en Julio

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE DEFUNCIÓN	TIPO DE POBLACIÓN	VALOR
PRIMITIVO HEREDIA TRUJILLO	26/06/2002	OSARIO	$ 1.926.950
LUZ ALBA CARDOSO FORERO	23/07/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
FALLECIDO NN	24/07/2025	HABITANTE DE CALLE	$ 2.380.000
DANIEL MENDOZA TRIANA	28/07/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
CALIXTA ORTIZ RONDON	29/07/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
VALOR TOTAL			**$ 11.446.950**

Alcaldía de
IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 17 DE JULIO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 26 DE JUNIO DE 2002

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: NIVALDO JAVIER JIMENEZ

IDENTIFICACIÓN: 72141608

DIRECCIÓN: FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN

TELÉFONO: 3134412697

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: FISCAL 78 ESPECIALIZADO

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: PRIMIIVO HEREDIA TRUJILLO

IDENTIFICACIÓN: 93338591

PROGRAMA: VICTIMA

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE EXHUMACIÓN

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL DE EXHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CEDULA No. 93.338.591 — SERIAL: 13206 — HOJA: 183

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO DE RESIDENCIO	CUPO NUMERICO DE	DIRECCION, CORREGIMIENTO - VEREDA
Tolima	Alpujarra	Cabecera	Vda. el Moral-Alpujarra

1. APELLIDOS: HEREDIA TRUJILLO — NOMBRES: Primitivo
2. FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 26 de Noviembre de 1.966 — Alpujarra Tolima
3. HIJO DE: Juan C. Heredia — Y DE: Cecilia Trujillo
4. ESTADO CIVIL: Soltero — NOMBRE DEL CONYUGE O ESPOSA:
5. EDUCACION: Sa. de Primaria — PROFESION U OFICIO: Agricultor
6. LIBRETA MILITAR: NUMERO / DISTRITO / CLASE — RECTIFICADA POR:
7. NACIONALIZACION CARTA No. — FECHA: — IDIOMAS QUE HABLA: Castellano
8. ESTATURA: 1-73 — COLOR: Trig. — CEDULA ANT. O TARJ. DE IDENT. — LOCAL
9. SEÑALES NOTORIAS NOTAS VARIAS: Ninguna
10. DATOS TOMADOS DE: R.C. Tomo 10, F. 126-Alcaldía Mpal. Alpujarra. Exp. Sept. 8/84.- — FECHA PRESENTACION CEDULA: 25 SET 1984
11.

REPUBLICA DE COLOMBIA

CEDULA DE CIUDADANIA No 93.338.591

DE Alpujarra(Tol.)

APELLIDOS HEREDIA TRUJILLO

NOMBRES Primitivo

NACIDO 26-Nov-1966-Alpujarra(Tol.)

ESTATURA 1-73 COLOR Trig.

SEÑALES Ninguna

FECHA 22-Ene-85

Primitivo Heredia Trujillo

FIRMA DEL CIUDADANO

INDICE DERECHO

El obligado del Registrador Municipal, antes de presentar esta tarjeta, leerá al ciudadano los siguientes artículos del Código Penal:

Artículo 220: Falsedad personal para la adquisición de documento público. El que para obtener documento público, suplante a otro, o se atribuya diverso estado civil, calidad, profesión, oficio o habilitación falsa, incurrirá en prisión de seis (6) meses a dos (2) años.

Artículo 221: Falsedad personal. El que con el fin de obtener un derecho para sí o para otro, o causar daño, sustituya o suplante a una persona o se atribuya nombre, edad, estado civil, o calidad que pueda tener efectos jurídicos, incurrirá, siempre que el hecho no constituya otro delito, en prisión de uno (1) a tres (3) años.

Artículo 233: Ocultamiento, retención y posesión ilícita de cédula. El que haga desaparecer, posea o retenga cédula de ciudadanía ajena o cualquier otro documento necesario para el ejercicio del derecho del sufragio, incurrirá en prisión de seis (6) meses a dos (2) años.

E.F.

PREPARADA POR

Juan C. Quiroga A.

NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25067620134504

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN País: COLOMBIA	Departamento: TOLIMA	Municipio: ARMERO
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Área: Cabecera Municipal		Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserío)
TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día: 2002-06-26	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos: (Sin establecer)
SEXO DEL FALLECIDO: Masculino	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento: Cédula de ciudadanía	Número de documento: 93338591
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido: HEREDIA	Segundo apellido: TRUJILLO	Primer nombre: PRIMITIVO — Segundo nombre:
PROBABLE MANERA DE MUERTE: No natural	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores	¿A cuál pueblo indígena pertenece?

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR Tipo de documento: Cédula de ciudadanía		Número de documento: 79109717	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR Primer apellido: GARCIA	Segundo apellido: SUESCUN	Primer nombre: FABIO	Segundo nombre: ALFONSO
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico		REGISTRO PROFESIONAL: 6091/93	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: BOGOTÁ, D.C.	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día: 2025-06-04		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2025-06-04 16:19

Código verificación: D3DE-E936-6665-DD59

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 5465734

ORIGINAL - PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría [K] Notaría [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código [2 5 2]

Nombre del Departamento, Municipio, Corregimiento, Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE COLOMBIA - TOLIMA - ARMERO (GUAYABAL)

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

HEREDIA TRUJILLO PRIMITIVO

Documento de identificación (Clase y número) | NACIONALIDAD

CC 93.988.591 | COLOMBIANO

Datos de la defunción

Lugar de la defunción (Departamento, Municipio, Corregimiento, Inspección de Policía)

COLOMBIA TOLIMA ARMERO (GUAYABAL)

Fecha de la defunción: Año 2010 Mes MAR Día 08 | Hora | Número de certificado de defunción

Presunción de muerte

Lugar de archivo o sentencia | Fecha de la sentencia: Año | Mes | Día

Documento presentado: JUZGADO PROMISCUO DE FAMILIA

Autorización judicial [ ] Certificado Médico [ ]

Datos del denunciante

ARMERO DE FLORIAN ANA CRUZ Apellidos y nombres completos

CC 28.561.[illegible] Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Luz Stella Jimenez de Florian

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Fecha de inscripción

Año 2010 Mes MAR Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza

FRANCISCO EDGAR HERRERA ARCILA

ESPACIO PARA NOTAS

08-MAR-2010 - TIPO DE DOCUMENTO ANTECEDENTE - SENTENCIA JUDICIAL. SENTENCIA JUDICIAL QUE DECLARA LA MUERTE PRESUNTA -



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.561.424
JIMENEZ De FLORIAN
APELLIDOS
LUZ STELLA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1955
DOLORES
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-NOV-1981 ALPUJARRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2500100-00139641-F-0028561424-20081122

FISCALÍA
GENERAL DE LA NACIÓN

Radicado No. 20259460032191
Oficio No. DE-30000
26/06/2025

Bogotá D.C.,

Doctora
JOHANA XIMENA ARANDA
Alcaldesa Municipal
Alcaldía Municipal de Ibagué
Calle 9 No. 2 - 59 -
Ibagué - Tolima

ASUNTO: SOLICITUD DE BOVEDA U OSARIO PARA INHUMACION - VICTIMA: PRIMITIVO HEREDIA TRUJILLO

Cordial saludo Doctora Johana,

El Grupo de Tareas del GRUBE de la Dirección de Justicia Transicional, en ejercicio de las funciones legales, especialmente las conferidas en la resolución No. 0-0574 del 02 de abril del 2014, suscrita por el Fiscal General de la Nación, teniendo en cuenta que del día 23 al 25 de julio del año en curso, el suscrito despacho llevará a cabo diligencia de entrega digna de cadáver de víctima del conflicto armado en el municipio de Ibagué - Tolima, de manera respetuosa me dirijo a usted con el fin de solicitar el apoyo de una bóveda en el cementerio San Bonifacio de Ibagué, para la víctima **PRIMITIVO HEREDIA TRUJILLO**.

Es de anotar que esta persona fue habitante de esa región y sus familiares desafortunadamente no cuentan con los recursos económicos para sufragar los gastos que implica la inhumación, razón que nos lleva a recurrir a su digno despacho solicitando el apoyo de la bóveda o el apoyo de recursos para la inhumación, cuyas dimensiones aproximadamente son (60 de largo, 30 de alto y 30 de ancho), para que sirva como última morada en el cementerio San Bonifacio del municipio de Ibagué, departamento del Tolima.

Es de aclarar que la precedente solicitud tiene soporte legal en la mencionada resolución cuyo tenor es el siguiente "Artículo 1. 5. Realizar las labores de búsqueda de desaparecidos o de personas muertas (en función de exhumar, identificar y entregar) de los hechos en el marco de la justicia Transicional, y en desarrollo de esta misma función, apoyar los casos conocidos por la Justicia Ordinaria con ocasión de la comisión que requieran otros despachos judiciales a nivel nacional, adelantando las labores de campo relacionadas."

En concordancia con el artículo 41 del Decreto 0303 de 2015, Título V, Capítulo III, "Lugares de Inhumación. La alcaldía del municipio o distrito donde es hallado el cadáver dispondrá de un lugar para la inhumación, conservación y custodia de los cadáveres no identificados o identificados no reclamados, el cual reglamente la Ley 1408 de 2010 (Ley de Homenaje a Víctimas de Desaparición Forzada), artículos 268 y 269 del Decreto-ley 1333 de 1986, artículo 99 del Decreto 4800 de 2011 que reglamenta la Ley 1448 de 2011 (Ley de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado Interno).

Artículo 99. Inhumación. Los gastos funerarios deberán garantizar la inhumación a perpetuidad de las víctimas que hayan muerto o estuvieren desaparecidas, sólo cuando esta resulte procedente conforme a la Ley 1408 de 2010, previa orden de la autoridad competente, de acuerdo con la voluntad de sus familiares y con los requisitos técnicos aplicables, según el caso.

Parágrafo 1°. Para los efectos de este artículo, las entidades territoriales harán las apropiaciones presupuestales necesarias para la provisión de las bóvedas y sepulturas necesarias.

Teniendo en cuenta que los Departamentos, Distritos y Municipios, hacen parte del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en el orden territorial, conforme al artículo 160 de la Ley 1448 de 2011.

Para coordinar lo relacionado con esta petición, agradezco comunicarse con el suscrito Fiscal al 3134412697, es de anotar que la bóveda u osario deberá estar disponible para el día 25 de julio del año en curso, a las 9:00 am de ante mano quiero agradecer siempre su apoyo en pro de las víctimas, saludos.

Cordialmente,

NIVALDO JAVIER JIMENEZ ILLERA C.C. 72141608
Fiscal 78 Especializado del Grupo de Búsqueda, Identificación y Entrega de personas Desaparecidas (GRUBE)
Dirección de Justicia Transicional (57) (1) 5803814 ext. 17078 - 3134412697
Fiscalía General de la Nación
Cra. 30 No. 13-24 piso 3, Bogotá D.C.

Anexo: SIN
Proyectó y Reviso: Nivaldo Javier Jiménez Illera

FISCALÍA
GENERAL DE LA NACIÓN

+ Tolima

Radicado No. 20254530000271
03/02/2025

Bogotá. D.C. 20250203

INFORME N°: 11-353210 GE.

Orden de Trabajo: 9761-25GE

DESTINO DEL INFORME:

Doctor
NIVALDO JAVIER JIMÉNEZ ILLERA
Fiscal 78 Especializado. Grupo Interno de Trabajo de Búsqueda, Identificación y Entrega de Personas Desaparecidas (GRUBE).
Carrera 30 No. 13-24 Piso 2. -
Bogotá - Bogotá D.C.

OBJETIVO DE LA DILIGENCIA: DETERMINACIÓN DE PERFILES GENÉTICOS DE ADN

Atentamente,

MARGOTH GISELA BUITRAGO GÓMEZ
Técnico Investigador II
Grupo Genética Dirección CTI.

Anexos: un informe en seis (06) folios con copia al GEIH-DCTI (remanente RO) y al Fiscal Coordinador GRUBE

FISCALÍA
GENERAL DE LA NACIÓN

Radicado No. 20259460028631
Oficio No. DJT-20160-
09/06/2025
Página 1 de 1

Bogotá D.C.,

Doctor
IVAN ISIDRO FRASSER URUEÑA
Registradora Municipal
Registraduría Nacional del Estado Civil
Email: armerotolima@registraduria.gov.co Teléfono Fijo: 2530201 Celular: 310 677 66 90
Calle 8 N 5a 72 -
Guayabal - Tolima

ASUNTO: SOLICITUD - ANOTACIÓN REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN No. 5465734

Apreciado doctor Iván:

De manera respetuosa le informo que la Dirección del Cuerpo Técnico De Investigación CTI Departamento de Criminalística, Grupo de Genética Nivel Central, mediante informe pericial de genética forense No. No. 11-353210 GE, estableció la plena identidad del cadáver de quien en vida respondía al nombre de: **PRIMITIVO HEREDIA TRUJILLO**, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 93.338.591 de Alpujarra - Tolima; sexo masculino, 26 de noviembre de 1966 en el municipio de Alpujarra Tolima, exhumación realizada bajo radicado No. 7952/2021 fosa 4 acta 3 bóveda C6 pabellón 9, 29 de octubre del 2021, en el Cementerio San Sebastián de Mariquita, departamento de Tolima. En consecuencia, como ya tenía Registro Civil de Defunción No 5465734 por tema de presunción de muerte, se solicita se realice la anotación en el mismo.

La fecha y lugar de defunción fue el día 26 de junio de 2002 en el Municipio de Armero Guayabal, Departamento del Tolima.

Se anexa al presente oficio el original del certificado de defunción N° **25067620134504** expedido por el funcionario adscrito al Cuerpo Técnico de Investigación de la FGN doctor FABIO ALFONSO GARCIA SUESCUN.

De igual manera se solicita dos copias originales y colocar el número del certificado de defunción en dicho registro

Cordialmente,

NIVALDO JAVIER JIMENEZ ILLERA
Fiscal 78 Especializado Grupo Interno de Trabajo de Búsqueda, Identificación y Entrega de Personas Desaparecidas (GRUBE)

Anexo (s): Registro Civil de Defunción
Proyectó: nombre completo – Nivaldo Javier Jimenez Illera

MUESTRAS PROCESADAS:
2011-012512-FMP: Una (01) Muestra de sangre en tarjeta FTA marcada como "Diógenes Heredia Trujillo" con C.C. No. 5.830.400 de Alpujarra (Hermano).

2012-024536-FMP: Una (01) Muestra de sangre en tarjeta FTA marcada como "Juan Crisóstomo Heredia Trujillo" con C.C. No. 5.830.550 de Alpujarra (Hermano).

202411-40198: Un (01) tubo plàstico con producto de ADN de una (01) estructura dental embalada, sellada y rotulada como "(...) (33) Canino inferior Izquierdo (...) OT GEIH 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI", marcada en el embalaje como "OT 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI (33)" (OT No. 9577-24GE).

202411-40199: Un (01) tubo plástico con producto de ADN de una (01) estructura dental embalada, sellada y rotulada como "(...) dentales (43) canino inferior derecho (...) OT GEIH 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI", marcada en el embalaje como "OT 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI (43)" (OT No. 9577-24GE).

Perfil genético consultado en el Banco de Perfiles Genéticos de Desaparecidos (CODIS) y en la OT No. 9577-24GE:
202411-40198 y 202411-40199: estructuras dentales embaladas, selladas y rotuladas como "(...) (33) Canino inferior Izquierdo (...) OT GEIH 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI", marcada en el embalaje como "OT 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI (33)" y "(...) dentales (43) canino inferior derecho (...) OT GEIH 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI", marcada en el embalaje como "OT 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI (43)".

Perfiles genéticos consultados en el Banco de Perfiles Genéticos de Desaparecidos (CODIS):
2011-012512-FMP: Una (01) Muestra de sangre en tarjeta FTA marcada como "Diógenes Heredia Trujillo" con C.C. No. 5.830.400 de Alpujarra (Hermano).
2012-024536-FMP: Una (01) Muestra de sangre en tarjeta FTA marcada como "Juan Crisóstomo Heredia Trujillo" con C.C. No. 5.830.550 de Alpujarra (Hermano).

2. ESTUDIO SOLICITADO

"(...) realizar búsquedas periódicas entre índices y en los casos en que se obtengan coincidencias, verificar el resultado e informar a la autoridad correspondiente y a la coordinación del Grupo Interno de Trabajo de Búsqueda, Identificación y Entrega de Personas Desaparecidas (GRUBE)"

3. MÉTODO E INSTRUMENTAL UTILIZADO

MÉTODOS EMPLEADOS:
Determinación de perfiles genéticos de ADN: Obtención de genotipos a partir de muestras de origen biológico usando tècnicas de *biología molecular.*

PRINCIPIOS - DESARROLLO DEL ESTUDIO:
Se realizó fijación fotográfica de los EMP y EF y verificación de los registros de cadena de custodia; durante el análisis de los EMP y EF se aplicaron los principios y protocolos en la versión vigente descritos a continuación:

PROTOCOLO PURIFICACIÓN DE ADN DE MUESTRAS EN TARJETAS FTA (FGN-MS02-08-PR-12):
La muestra inmovilizada sobre la tarjeta FTA se lava con un Buffer que permite remover hemoglobina, inhibidores de PCR y contaminantes potenciales, quedando lista para el proceso de amplificación.

PROTOCOLO AMPLIFICACIÓN DE ADN HUMANO NUCLEAR MEDIANTE PCR-1 y 2 (FGN-MS02-08-PR-15 y FGN-MS02-08-PR-16): La PCR es un proceso enzimático en el cual una región específica de ADN es replicada una y otra vez hasta obtener millones de copias de una secuencia particular.

PROTOCOLO TIPIFICACIÓN DE ADN POR ELECTROFORESIS CAPILAR-1 y 2 (FGN-MS02-08-PR-17 y FGN-MS02-08-PR-18): Es un proceso que se lleva a cabo en el Analizador Genético GA 3500 XL. El equipo realiza una separación por tamaño de los productos de ADN amplificados y marcados con diferentes fluorocromos. La tipificación o asignación alélica se realiza utilizando el software GENEMAPPER.

GUÍA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE RESULTADOS (FGN-MS02-08-G-04): Se calculó un LR o razón de verosimilitud que compara la probabilidad de observar los alelos de un perfil genético bajo dos hipótesis alternativas.

GUÍA INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS (FGN-MS02-08-G-05): Se efectuaron los procedimientos mencionados utilizando controles de aislamiento, controles negativos y controles positivos.

INSTRUMENTOS:
- Cabinas de Seguridad Biológica

INFORME PERICIAL No. 11-353210 GE

Bogotá D.C., 20250203

ASUNTO: **DETERMINACIÓN DE PERFILES GENÉTICOS DE ADN**

DESTINO: **Doctor: NIVALDO JAVIER JIMÉNEZ ILLERA**
Fiscal 78 Especializado.
Grupo Interno de Trabajo de Búsqueda, Identificación y Entrega de Personas Desaparecidas (GRUBE).
Dirección de Justicia Transicional.
Carrera 30 No. 13-24, Piso 2. Bogotá D.C.

c.c. *Dra. GLORIA MARCELA GUEVARA DIB*
Directora Técnica Grupo de Exhumación e Identificación Humana. Dirección CTI.
Avenida Calle 24 No. 52-01. Edificio T, Piso 3. Bogotá D.C.

c.c. Dra. SANDRA BEATRIZ HERRERA VALENCIA
Fiscal Coordinadora
Grupo Interno de Trabajo de Búsqueda, Identificación y Entrega de Personas Desaparecidas (GRUBE)
Dirección de Justicia Transicional.
Carrera 30 No.13 - 24. Piso 2. Bogotá D.C.

REFERENCIA: Orden de Trabajo (OT) No. 9761-25GE Fecha de asignación: 2025-01-13
Fecha recepción por el perito: 2025-01-13
Oficio Radicado N° 20244540003951 de fecha 2024-07-09
No. Oficio o solicitud 20199490016081. Bogotá, D.C., de fecha 2019-10-07
Fecha de recepción en el grupo: 2025-01-13
No. Proceso, Sumario, Previa; Radicado: 7952-2021
Diligencia de exhumación: Fecha 2021-10-29. Acta 3. Fosa 4. SIRDEC Cadáver 2022010100000000017.
OT 16489-2022 GEIH. Departamento Tolima. Municipio Mariquita. Lugar Cementerio Municipal de San Sebastián.
Bóveda C6, Pabellón 9. Tipo de Fosa Colectiva.
Desaparecido: CNI MASCULINO
Coincidencia en el banco de perfiles genéticos de desaparecidos (CODIS) con el *Grupo Familiar* del Desaparecido PRIMITIVO HEREDIA TRUJILLO SIRDEC 2009D011226
Relacionada con OT No. 9577-24GE

1. DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS DE ESTUDIO

MUESTRAS RECIBIDAS:

2011-012512-FMP: Una (01) Muestra de sangre en tarjeta FTA marcada como "Diógenes Heredia Trujillo" con C.C. No. 5.830.400 de Alpujarra (Hermano).

2012-024536-FMP: Una (01) Muestra de sangre en tarjeta FTA marcada como "Juan Crisóstomo Heredia Trujillo" con C.C. No. 5.830.550 de Alpujarra (Hermano).

202411-40197: Dos (02) tubos plásticos que contienen remanentes del resto óseo rotulado como "Una muestra osea, Tibia izquierda (...) OT GEIH 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI" (OT No. 9577-24GE).

202411-40198: Un (01) tubo plástico con producto de ADN de una (01) estructura dental embalada, sellada y rotulada como "(...) (33) Canino inferior Izquierdo (...) OT GEIH 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI", marcada en el embalaje como "OT 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI (33)" (OT No. 9577-24GE).

202411-40199: Un (01) tubo plástico con producto de ADN de una (01) estructura dental embalada, sellada y rotulada como "(...) dentales (43) canino inferior derecho (...) OT GEIH 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI", marcada en el embalaje como "OT 16489/22 Rad 7952/21 Fosa 4 Acta 3 CNI (43)" (OT No. 9577-24GE).

Nota: Los EMP y EF anteriormente descritos se reciben bajo cadena de custodia.

- Micropipetas
- Termociclladores
- Analizador Genético GA 3500 XL

Nota: Los equipos utilizados en el presente estudio se encuentran en buen estado de funcionamiento y bajo control metrológico.

4. FUNDAMENTO DEL INFORME: Los Grupos de Genética de la Fiscalía General de la Nación, emplean procedimientos que han sido estandarizados y validados en el ámbito de la Genética forense, así mismo los reactivos usados poseen un estricto control de calidad por parte del fabricante lo que garantiza la reproducibilidad de los resultados. Adicionalmente, se realizan ensayos de aptitud de control de calidad anuales con el Programa de Pruebas Forenses - Servicio de Cooperación de Pruebas (*Collaborative Testing Services – Forensic Testing Program*).

5. ANÁLISIS O ESTUDIOS REALIZADOS

TIPIFICACIÓN MOLECULAR DE ADN Y COTEJO

Los resultados obtenidos se presentan mediante la asignación de parejas de números, que corresponden a los alelos tipificados en cada marcador genético.

MARCADOR GENÉTICO	202411-40198 y 202411-40199 Estructuras Dentales Radicado 7952-2021 Fosa 4 Acta 3 (OT No. 9577-24GE)		2011-012512-FMP DIÓGENES HEREDIA TRUJILLO (Hermano)		2012-024536-FMP JUAN CRISÓSTOMO HEREDIA TRUJILLO (Hermano)	
AMELOGENINA	MASCULINO		MASCULINO		MASCULINO	
D3S1358	15	15	15	16	15	15
D1S1656	15	17.3	14	18.3	17.3	18.3
D2S441	10	14	11	13	11	14
D10S1248	14	15	13	14	14	15
D13S317	11	12	12	14	8	14
PENTA E	14	19	13	14	14	19
D16S539	10	12	10	12	10	12
D18S51	12	17	12	17	16	17
~~D2S1338~~	~~23~~	23	20	~~23~~	23	23
CSF1PO	12	13	11	11	11	13
PENTA D	9	12	9	10	9	10
TH01	6	9	7	7	6	9
VWA	16	17	15	17	16	17
D21S11	30	30	30	30	30	30
D7S820	10	13	10	11	10	13
D5S818	10	11	10	12	10	12
TPOX	8	8	8	8	8	8
D8S1179	13	14	13	14	13	14
D12S391	18	18	19	20	18	18
D19S433	14	14	14	15.2	14	15.2
FGA	19	21	21	24	19	21
D22S1045	16	17	16	17	16	17
SE33	20	22	19	27.2	19	22
TOTAL DE MARCADORES GENÉTICOS	23		23		23	

HAPLOTIPO DE CROMOSOMA "Y" y COTEJO

Los resultados obtenidos se presentan mediante la asignación de un número, que corresponde al alelo tipificado para cada marcador genético analizado, con excepción del marcador *DYS385* para el cual se presentan dos números debido a que presenta una duplicación de la secuencia.

MARCADOR GENÉTICO	202411-40198 y 202411-40199 Estructuras Dentales Radicado 7952-2021 Fosa 4 Acta 3	2011-012512-FMP DIÓGENES HEREDIA TRUJILLO (Hermano)	2012-024536-FMP JUAN CRISÓSTOMO HEREDIA TRUJILLO (Hermano)
DYS576	16	16	16
DYS389I	13	13	13
DYS448	19	19	19
DYS389II	30	30	30
DYS19	14	14	14
DYS391	11	11	11
DYS481	22	22	22
DYS549	12	12	12
DYS533	12	12	12
DYS438	12	12	12
DYS437	15	15	15
DYS570	19	19	19
DYS635	23	23	23
DYS390	24	24	24
DYS439	12	12	12
DYS392	13	13	13
DYS643	10	10	10
DYS393	14	14	14
DYS458	16	16	16
DYS385 a/b	11,14	11,14	11,14
DYS456	15	15	15
YGATAH4	12	12	12
TOTAL DE MARCADORES	23	23	23

6. CONCLUSIONES/ INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:
"Cada uno de los marcadores analizados posee dos números. Si los dos números son iguales indica que la muestra es homocigota para el marcador analizado (posee dos copias o alelos idénticos). Si los dos números son diferentes, indica que la muestra es heterocigota para el marcador (posee dos copias o alelos diferentes)".

Se calculó un LR o razón de verosimilitud que compara la probabilidad de observar los alelos de un perfil genético bajo dos hipótesis alternativas".

H1: Las estructuras dentales con radicados internos **202411-40198** y **202411-40199 (OT No. 9577-24GE)** corresponden a las de un hermano biológico de las muestras de referencia

H2: Las estructuras dentales con radicados internos **202411-40198** y **202411-40199 (OT No. 9577-24GE)** corresponden a una persona de la población no relacionada genéticamente con las muestras de referencia.

Nota. La razón de verosimilitud debe ser valorada en conjunto con la evidencia no genética relacionada en la investigación.

GRUPO GENÉTICA
DEPARTAMENTO DE CRIMINALÍSTICA
DIRECCIÓN CUERPO TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN - CTI
Avenida calle 24 No. 52 - 01 Bloque T, Piso 3, Bogotá D.C. Código Postal 111321
Conmutador 6015702000 Ext. 13314
www.fiscalia.gov.co

ONAC ACREDITADO
ISO/IEC 17025:2017
11-LAB-014
FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN

"El haplotipo de STRs de cromosoma-Y se hereda de manera exclusiva por vía patrilineal en forma de bloque. Esto quiere decir que todos los hombres de una misma familia deben poseer información genética idéntica en su Cromosoma-Y. Cada uno de los marcadores analizados posee un número (alelo) con excepción del marcador DYS385 que posee dos números (alelos) debido a que este presenta una duplicación de la secuencia. La Coincidencia de los haplotipos de Cromosoma-Y proveniente de dos personas es altamente indicativa de parentesco por línea paterna, para lo cual se requiere que estos individuos posean los mismos alelos en todos los marcadores analizados. En el caso de encontrar diferencias en más de dos marcadores analizados se determina una EXCLUSIÓN de parentesco por línea paterna".

CONCLUSIONES:

- Al realizar la búsqueda periódica entre los perfiles genéticos incluidos en el Banco de Perfiles Genéticos de Desaparecidos (CODIS) en los índices "OTROS FAMILIARES" y "DESAPARECIDOS", se encontró una (01) coincidencia entre los perfiles genéticos de las muestras de referencia de **DIÓGENES HEREDIA TRUJILLO** y de **JUAN CRISÓ STOMO HEREDIA TRUJILLO** (Hermanos de **Primitivo Heredia Trujillo** SIRDEC 2009D011226) con radicados internos **2011-012512-FMP** y **2012-024536-FMP** respectivamente y el perfil genético de las muestras con radicados internos **202411-40198** y **202411-40199** (OT No. 9577-24GE).

Nota. Los cotejos en el Banco de Perfiles Genéticos de Desaparecidos (CODIS) se realizan teniendo en cuenta parámetros establecidos interinstitucionalmente.

- A los extractos de ADN con radicados internos **202411-40198** y **202411-40199 (OT No. 9577-24GE)**, a las muestras **2011-012512-FMP**, **2012-024536-FMP** se les realizó ampliación de marcadores genéticos para el haplotipo "Y", a la muestra con radicado **2011-012512-FMP** se le realizó ampliación de marcadores genéticos nucleares. Los perfiles genéticos se actualizaron en el Banco de Perfiles Genéticos de Desaparecidos (CODIS) en el índice "DESAPARECIDOS" y "OTROS FAMILIARES" respectivamente.

- Al realizar el cotejo entre los perfiles genéticos de las muestras analizadas, se obtuvo que es dos billones (2.667273827E+12) de veces más probable que las muestras con radicados internos **202411-40198** y **202411-40199 (OT No. 9577-24GE)** sean las de un hermano biológico de **DIÓGENES HEREDIA TRUJILLO** y **JUAN CRISÓSTOMO HEREDIA TRUJILLO** a que sea de otro individuo de la población de referencia.

- En el análisis comparativo entre los haplotipos de STRs de Cromosoma-Y obtenidos de las muestras con radicados internos **202411-40198** y **202411-40199** y las muestras de referencia con radicados internos **2011-012512-FMP** y **2012-024536-FMP** se encontró que comparten el mismo haplotipo de cromosoma-Y. Al realizar la búsqueda de este haplotipo con los 17 marcadores, entre los 1.507 haplotipos de individuos aportados de Colombia registrados en la base de datos www.yhrd.org no se obtuvo coincidencias. Por lo anterior, es 754 veces más probable la coincidencia de haplotipos entre las muestras analizadas dado que pertenezcan al mismo linaje paterno a que sean de linajes paternos diferentes.

7. OBSERVACIONES

El presente estudio fue realizado en el Grupo Genética Dirección CTI durante los días: 2025-01-13 al 2025-01-31.

Los resultados de este informe pericial solo están relacionados con los EMP y EF analizados.

Este informe no se debe reproducir sin la aprobación escrita de la autoridad que tenga a cargo la investigación.

Existen imágenes fotográficas de los elementos analizados, las cuales permanecen aseguradas en los archivos de éste grupo a disposición de la autoridad solicitante del estudio.

El remanente de las muestras de referencia con radicados internos **2011-012512-FMP** y **2012-024536-FMP** permanecen en custodia del Grupo Genética Dirección CTI.

El sistema genético PowerPlex® Y23 incluido en el ensayo "Determinación de perfiles genéticos de ADN", no está cubierto por la acreditación del ONAC, sin embargo la amplificación y genotipificación de éste, cumple los parámetros del sistema de gestión de calidad implementado en la Entidad, con lo cual se garantiza la confiabilidad de sus resultados.

Si requiere presentar alguna queja puede enviarla al correo electrónico maria.moreno@fiscalia.gov.co, indicando el grupo de criminalística, Seccional, No. de informe u orden de trabajo y una descripción de la queja, o llamar al teléfono 6015702000 Ext. 11260, o enviar a la siguiente dirección Avenida Calle 24 No. 52-01 Bogotá D.C. Edificio L Piso 4. En caso de no obtener información de recibido, comunicarse con jefe Sección Identificación, al correo electrónico mary.piamba@fiscalia.gov.co, o al teléfono 6015702000 Ext. 17067.

pedir Carpeta a

INFORME N° 11-353210 GE

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES
El Grupo Genética de la Dirección CTI, no se hace responsable sobre la información suministrada por el cliente en la solicitud, y en la documentación asociada empleada para la realización del ensayo.

8. ANEXOS

Los remanentes del resto óseo con radicado interno **202411-40197 (OT No. 9577-24GE)** se devuelven al Grupo de Exhumación e Identificación Humana - Dirección CTI.

Atentamente,

SERVIDOR DE POLICIA JUDICIAL:			
Nombres y Apellidos	**Identificación**	**Entidad**	
Margoth Gisela Buitrago Gómez	52808893	Dirección CTI	
Cargo	**Teléfono / Celular**	**Correo electrónico**	**Firma**
Técnico Investigador II	Conmutador 6015702000 Ext. 13314.	margoth.buitrago@fiscalia.gov.co	

Autorizó DT: Korina María Rojas Serrato

FIN DEL INFORME

FISCALIA
GENERAL DE LA NACIÓN

DIRECCIÓN DE JUSTICIA TRANSICIONAL
Grupo de Búsqueda, Identificación y Entrega
De Personas Desaparecidas – GRUBE
Fiscalía 78 Especializada

Bogotá D.C. (30) mayo de dos mil veinticinco (2025)

Radicado de exhumación No. 7952/2021 Fosa 4 Acta 3, Bóveda C6-Pabellón 9

ORDEN DE ENTREGA

En cumplimiento a lo ordenado en la Resolución N° 0-2889 del 23 de agosto del 2007, suscrita por el Fiscal General de la Nación, por la cual se conforma una Subunidad Nacional de Fiscalía para la Justicia y la Paz, para el impulso de la búsqueda de desaparecidos o de las personas muertas, en el marco de la Ley 975 de 2005 con el objetivo de "**apoyar a la Unidad Nacional de Fiscalías para la Justicia y la Paz en su función de búsqueda de los desaparecidos o de las personas muertas y la ayuda para identificarlas y volverlas a inhumar según las tradiciones familiares y comunitarias en el marco de la Ley 975 de 2005**"

Es así que, en ejercicio de las funciones legales, especialmente las conferidas en la resolución No. 0-0574 del 02 de abril del 2014, suscrita por el Fiscal General de la Nación, el Grupo interno de trabajo de Búsqueda, Identificación y Entrega de Personas Desaparecidas -GRUBE de la Dirección de Justicia Transicional, viene adelantando labores en la búsqueda de personas desparecidas en el marco del conflicto armado.

Mediante Resolución 3481 del 31 de octubre de 2016, la Dirección de Justicia Transicional, estableció directrices sobre el proceso de Búsqueda, Identificación y Entrega de Personas Desaparecidas -GRUBE, dentro de las cuales, otorgó plenas facultades para atender todas las exhumaciones que se presenten al interior de la Fiscalía General de la Nación, con observancia en el Plan Nacional de Búsqueda de Personas Desaparecidas.

Con ello, a través de la Resolución N°083 del 22 de enero del 2017, complementada por la Resolución N. ° 0035 del 18 de marzo del 2024, mediante la cual se organizó el Grupo de Búsqueda, Identificación y Entrega Personas Desaparecidas GRUBE y asignó a este Despacho, la carga laboral de documentación de hechos por el delito de Desaparición Forzada ocurridos en el Departamento de Tolima.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto y las directrices establecidas por la *Dirección de Justicia Transicional; Previamente haberse llevado a cabo* **Diligencia de Exhumación Rad. No. 7952/2021 Fosa 4 Acta 3, Bóveda C6-Pabellón 9,** apoyada por funcionarios adscritos al CTI Bogotá – Ibagué, INMLYCF Tolima y DIJIN el 29 de octubre del 2021, en el cementerio Señor de la Agonía del municipio San Sebastián de Mariquita – Tolima, adelantados los estudios **MEDICO, ANTROPOLÓGICO y ODONTOLÓGICO No. No. 11-319198 GEIH** por parte del Cuerpo Técnico De Investigación CTI, Departamento De Criminalística, Grupo de Exhumación e Identificación Humana Nivel Central, **GENÉTICO No. 11-353210 GE** por parte de la Dirección del Cuerpo Técnico De Investigación CTI Departamento de

FISCALIA
GENERAL DE LA NACIÓN

Criminalística, Grupo de Genética Nivel Central; se estableció la **PLENA IDENTIDAD** de los restos óseos exhumados de quien en vida se identificó como **PRIMITIVO HEREDIA TRUJILLO**, con la Cedula de Ciudadanía **No. 93.338.591** de Alpujarra - Tolima, este Despacho **ORDENA** la **ENTREGA DIGNA** a sus familiares.

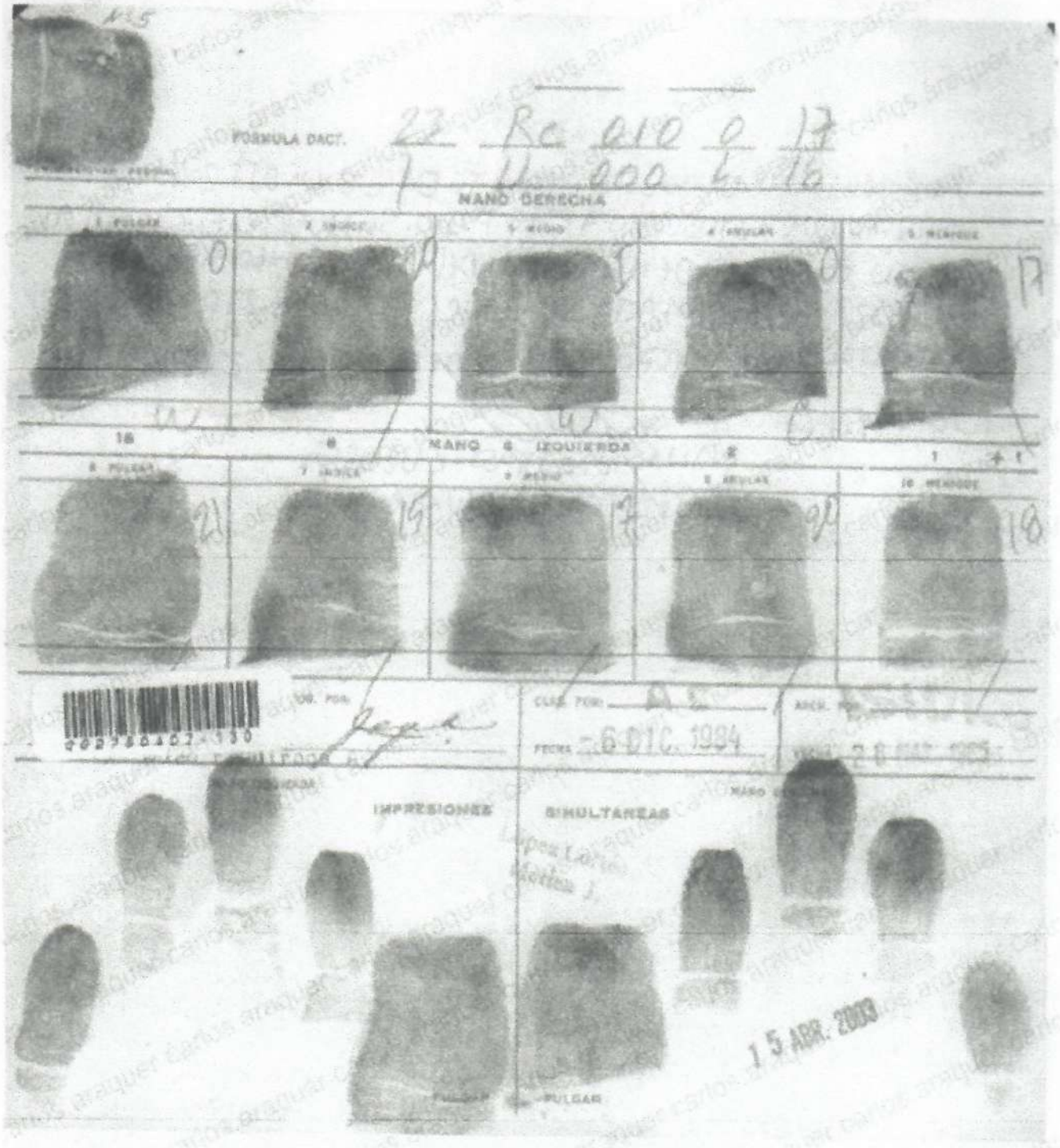
C U M P L A S E,

NIVALDO JAVIER JIMENEZ ILLERA
Fiscal 78 Especializado
Grupo de Búsqueda, Identificación y Entrega de Personas Desaparecidas
GRUBE – Dirección de Justicia Transicional

LA FISCALIA 78 DE BOGOTA MEDIANTE OFICIO N° DJT 20160-0906 2025 INFORMA QUE EL INSCRITO A ESTE FOLIO. SU MUERTE FUE VIOLENTA SEGUN ESTUDIOS DE INSPECCIÓN DEL CADAVER MEDIANTE RAD N° 7952/2021 FOSA 4 ACTA 3 BOVEDA C6 PABELLON 9. 29 DE OCTUBRE 2021 Y APORTANO CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCIÓN 25067620134504.

10-06-2025.

IVAN ASTUDILLO OSPINA
REGISTRADOR MUNICIPAL.



FORMULA DACT. 22 Rc 010 0 17
1 U 000 L 16

MANO DERECHA

1. PULGAR 2. INDICE 3. MEDIO 4. ANULAR 5. MENIQUE

18 MANO IZQUIERDA 2 1

6. PULGAR 7. INDICE 8. MEDIO 9. ANULAR 10. MENIQUE

IMPRESIONES SIMULTANEAS

FECHA 6 DIC. 1994

15 ABR. 2003

Alcaldía de
IBAGUÉ

Secretaría Desarrollo Social Comunitario
Despacho

2100 E061942 E

Ibagué, 07 JUL 2025

Doctor:
NIVALDO JAVIER JIMENEZ ILLERA
Fiscal 78 Especializado del Grupo de Búsqueda, Identificación y Entrega de Personas Desaparecidas (GRUBE) y Coordinador Grupo de Orientación, Registro y Asignación de Casos de Victimas en el Marco de la Justicia Transicional (GORACVJT)
Dirección de Justicia Transicional - Fiscalía General de la Nación
Celular: 3134412697
nivaldo.jimenez@fiscalia.gov.co

Asunto: Respuesta a SOLICITUD DE APOYO INHUMACIÓN DE UNA VICTIMA – PRIMITIVO HEREDIA TRUJILLO.

Respetado fiscal NIVALDO JAVIER JIMENEZ ILLERA, reciba un cordial saludo de la Administración Municipal y de la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario.

En atención a la petición enviada por usted, donde solicita "...*SOLICITUD DE APOYO INHUMACIÓN DE UNA VICTIMA* – PRIMITIVO HEREDIA TRUJILLO.
. ..." es pertinente aclararle que la Secretaria de Desarrollo Social Comunitario, cuenta con un beneficio dirigido a población vulnerable y de escasos recursos de la ciudad de Ibagué, el cual opera con una funeraria quien es la encargada de prestar todo el servicio relacionado con la velación, cremación, transporte y entierro en el Cementerio San Bonifacio.

Así las cosas, y tratándose de un caso de diligencia judicial de entrega de cadáver de una victima por ustedes como autoridades competentes, y siendo por parte de ustedes entregados los documentos oportunos a la Funeraria, nos permitimos informarles que se deben comunicar con la persona llamada JENIFER PAOLA ESCOBAR PACHON, número de celular 321 4076100, funcionaria de la funeraria la aurora, quien se encargará de llevar a cabo el trámite y prestación del servicio del señor, –PRIMITIVO HEREDIA TRUJILLO, para el día 25 de Julio de 2025.

Cordialmente,

LEANDRO VERA ROJAS
Secretario de Desarrollo Social Comunitario

Redactó: Gladys Castillo - Asesora SDSC

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 23 DE JULIO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 23 DE JULIO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: BLANCA DIAZ CUBILLOS

IDENTIFICACIÓN: 28532221

DIRECCIÓN: CALLE 17 SUR # 27-27 BARRIO LA UNION

TELÉFONO: 3133023524

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: AMIGA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: LUZ ALBA CARDOSO FORERO

IDENTIFICACIÓN: 38242279

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
38.242.279
CARDOSO FORERO
LUZ ALBA


22-MAY-1957
IBAGUE
1.60
B+
F

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

25076440177625

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines exclusivamente autorizados.

I. INFORMACION GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País: COLOMBIA Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

[X] Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) [ ] Rural Disperso

DATOS DE LA DEFUNCION

TIPO DE DEFUNCION

[ ] Fetal [X] No fetal

FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION Año: 2025 Mes: 07 Día: 23

HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION Hora: 16 Minutos: 30 [ ] Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO

[ ] Masculino [X] Femenino [ ] Indeterminado

IDENTIFICACION DEL FALLECIDO - Tipo de documento

[ ] Registro Civil	[ ] Tarjeta de Identidad	[X] Cédula de Ciudadanía	[ ] Cédula de Extranjería	**NUMERO DE DOCUMENTO**	
[ ] Pasaporte	[ ] Carné Diplomático	[ ] Pasaporte de la ONU	[ ] Permiso Especial de Permanencia		
[ ] Salvo Conducto de Permanencia	[ ] Documento Extranjero	[ ] Certificado de Nacido Vivo	[ ] Permiso de Protección Temporal	38.242.279	
[ ] Adulto sin Identificar	[ ] Menor sin Identificar	[ ] Sin Información	[ ] Otro ¿Cuál?		

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CARDOSO	FORERO	LUZ	ALBA

PROBABLE MANERA DE MUERTE

[X] Natural [ ] No Natural [ ] En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO

[ ] Indígena [ ] ROM (gitano) [ ] Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia

¿A cual pueblo indígena pertenece? [ ] Palenquero de San Basilio [ ] Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente

[X] Ninguno de los anteriores

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

IDENTIFICACION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION - Tipo de documento

[X] Cédula de Ciudadanía	[ ] Cédula de Extranjería	[ ] Pasaporte	**NUMERO DE DOCUMENTO**	
[ ] Permiso Especial de Permanencia	[ ] Permiso de Protección Temporal		1.110.491.860	

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MENESES	VARON	GABRIEL	ALEXANDER

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

[X] Medico (a) [ ] Enfermero(a) [ ] Auxiliar de enfermería **REGISTRO PROFESIONAL**

[ ] Promotor(a) de salud [ ] Funcionario(a) de Registro Civil 1110491860

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO

Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

FECHA Año: 2025 Mes: 07 Día: 23

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2025-07-23 20:47

Codigo verificacion: AD03-4EAF-6431-42BE

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

25076440177625

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACION GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País: COLOMBIA Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

X Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) ☐ Rural Disperso

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

TIPO DE DEFUNCION

☐ Fetal X No fetal

FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION Año: 2025 Mes: 07 Día: 23

HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION Hora: 16 Minutos: 30 ☐ Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO

☐ Masculino X Femenino ☐ Indeterminado

IDENTIFICACION DEL FALLECIDO - Tipo de documento

☐ Registro Civil	☐ Tarjeta de Identidad	X Cédula de Ciudadanía	☐ Cédula de Extranjería	**NUMERO DE DOCUMENTO**	
☐ Pasaporte	☐ Carné Diplomático	☐ Pasaporte de la ONU	☐ Permiso Especial de Permanencia		
☐ Salvo Conducto de Permanencia	☐ Documento Extranjero	☐ Certificado de Nacido Vivo	☐ Permiso de Protección Temporal	38.242.279	
☐ Adulto sin Identificar	☐ Menor sin Identificar	☐ Sin Información	☐ Otro ¿Cuál?		

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CARDOSO	FORERO	LUZ	ALBA

PROBABLE MANERA DE MUERTE

X Natural ☐ No Natural ☐ En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO

☐ Indígena ☐ ROM (gitano) ☐ Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia

¿A cuál pueblo indígena pertenece? ☐ Palenquero de San Basilio ☐ Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente

X Ninguno de los anteriores

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION - Tipo de documento

X Cédula de Ciudadanía	☐ Cédula de Extranjería	☐ Pasaporte	**NUMERO DE DOCUMENTO**	
☐ Permiso Especial de Permanencia	☐ Permiso de Protección Temporal		1.110.491.860	

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MENESES	VARON	GABRIEL	ALEXANDER

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

X Médico (a)	☐ Enfermero(a)	☐ Auxiliar de enfermería	**REGISTRO PROFESIONAL**
☐ Promotor(a) de salud	☐ Funcionario(a) de Registro Civil		1110491860

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO

Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

FECHA Año: 2025 Mes: 07 Día: 23

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2025-07-23 20:41

Codigo verificacion: AD03-4EAF-6431-42BE


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 28.532.221
DIAZ CUBILLOS
BLANCA


FECHA DE NACIMIENTO 28-ENE-1945
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
03-OCT-1986 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 23/07/2025

Ficha: 73001025565900000628

C16

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ ALBA

Apellidos: CARDOSO FORERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 38242279

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2019

Última actualización ciudadano: 29/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	38242279
NOMBRES	LUZ ALBA
APELLIDOS	CARDOSO FORERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión:	07/23/2025 21:50:35	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones *técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la* Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL
Fecha de Documento: Fecha Ingreso: 21/01/25 10:34 AM Fecha egreso: CAMA: 416 B
Ingreso: 738345 Continuidad Estado Paciente: VIVO
Información Paciente: LUZ ALBA CARDOSO FORERO Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Numero: 38242279
Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Femenino Edad: 67 Años / 9 Meses / 0 Días F. Nacimiento: 22/05/1957
E.P.S.: 901402 - NUEVA EPS SUBSIDIADO 2024
Servicio de Ingreso: Urgencias Servicio de Egreso:

N°230883

TRATAMIENTO

OBJETIVO

SUBJETIVO
PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZO POR PARTE DE GINECOOBSTETRICIA EL DIA DE HOY DRENAJE DE PIOMETRA POR LEGRADO GINECOLOGICO MAÑANA TIENE PROGRAMADA ESTUDIO DE RECTOSIGMOIDOSCOPIA POR PARTE DE ORTOPEDIA TIENE ALTA MEDICA, POR PARTE DE NUESTRO SERVICIO TAMBIEN PODRA SER DADA DE ALTA EL DIA DE MAÑANA POSTERIOR A PROCEDIMIENTO DE COLOPROCTOLOGIA Y SE EVALUARAN LOS RESULTADOS EN CONSULTA EXTERNA

ESPECIALISTA 1053870 - DORADO RONCANCIO ELKIN FABIAN

ESPECIALIDAD GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Fecha Interconsulta: 21/01/2025 10:36:47 a m

SERVICIO 37502 INTERCONSULTA DE SOPORTE NUTRICIONAL ESPECIALIZADO EN PACIENTE HOSPITALIZADO QUE REQUIERA NUTRICION PARENTERAL O SOPORTE ENTERAL ESPECIAL

ESPECIALIDAD NUTRICION CLINICA

MOTIVO VENTILACION MECANICA Y NEUMONIA MULTILOBAR

OBSERVACION

RESPUESTA A INTERCONSULTA
Fecha Respuesta Interconsulta: 21/01/2025 4:36:58 p m

RESPUESTA
PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA E INTUBACIÓN OROTRAQUEAL, CON DESNUTRICIÓN MODERADA Y CON TRASTORNO PARA LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS, REQUIERE ASISTENCIA INTERDISCIPLINARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (CUPS 997000) CON ALIMENTO LÍQUIDO OLIGOMÉRICO, HIPERPROTEICO E HIPERCALÓRICO (FIGGY #1 E-HCA) PARA ADMINISTRACIÓN ENTERAL POR SONDA, COMO ÚNICA VÍA DE ALIMENTACIÓN QUE PERMITA CUBRIR REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES, QUE NO LOGRAN SUPLIR SUS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES CON VÍA ALIMENTACIÓN ENTERAL NORMAL O MODIFICADA, Y QUE CONTRIBUYA A PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DESNUTRICIÓN QUE AUMENTAN LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD

TRATAMIENTO
ADMINISTRAR POR SONDA NASOGASTRICA ALIMENTO LIQUIDO, OLIGOMERICO HIPERPROTEICO E HIPERCALÓRICO (FIGGY #1 E-HCA) DE ACUERDO A PROTOCOLO DE TOLERANCIA (10 ML/HORA DURANTE 12 HORAS, MEDIR RESIDUO GASTRICO SI ES MENOR DE 200 ML INCREMENTAR INFUSIÓN A 20 ML/HORA/HORAS SI RESIDUO GASTRICO MENOR DE 400 ML INCREMENTAR A 30 ML/HORA/ DOMO VOLUMEN TOPE DE ADMINISTRACIÓN

NO SE REALIZA MIPRES DE ACUERDO A RESOLUCION 2388 DE 29 DE DICIEMBRE DE 2023

OBJETIVO
PACIENTE CON INTUBACIÓN OROTRAQUEAL, REQUIERE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR SONDA.

LABORATORIOS: GLICEMIA 54 8 MG/DL, NITRÓGENO UREICO 30 4 MG/DL, CREATININA 1 26 MG/DL, HEMOGLOBINA 9 5 G/DL HEMATOCRITO 28 %

SUBJETIVO
PACIENTE LUZ ALBA CARDOZO DE 67 AÑOS HOSPITALIZADO CON DIAGNOSTICOS DE
1. DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE (RESPIRATORIA, CARDIOVASCULAR)
2. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
3. SHOCK SEPTICO
4. POP OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQUIERDO + REPARACION MANGUITO ROTADOR DERECHO
5. FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO IZQUIERDO
6. TUMOR ABDOMINAL DERECHO INFRAHEPATICO
7. TUMOR PELVICO
8. HIPERNATREMIA
9. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR INTERROGADO vs NEUMONIA
9. ANEMIA
10. INFECCION DE VIAS URINARIAS POR E. COLI

ESPECIALISTA 51650785 - OJEDA PADILLA MARTHA LILIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706633-9]

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

EPICRISIS

N°230883

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706633-9]

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ
890706833

EPICRISIS

Información General
Fecha de Documento
Ingreso 738345 Confirmado Fecha Ingreso 21/01/25 18:34:44 Estado Paciente: WARD Fecha egreso: Cama: 416 B
Información Paciente LUZ ALBA CARDOSO FORERO Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Número: 38242279
Tipo de paciente Subsidiado Sexo: Femenino Edad: 67 Años 3 Meses 1 Días F. Nacimiento: 22/05/1957
E.P.S. SANITAS EPS SUBSIDIADO 2024
Servicio de Ingreso Urgencias Servicio de Egreso:

Nº230883

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ
890706833

EPICRISIS

Información General
Fecha de Documento
Ingreso 738345 Confirmado Fecha Ingreso 21/01/25 18:34:44 Estado Paciente: WARD Fecha egreso: Cama: 416 B
Información Paciente LUZ ALBA CARDOSO FORERO Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Número: 38242279
Tipo de paciente Subsidiado Sexo: Femenino Edad: 67 Años 3 Meses 1 Días F. Nacimiento: 22/05/1957
E.P.S. SANITAS EPS SUBSIDIADO 2024
Servicio de Ingreso Urgencias Servicio de Egreso:

Nº230883

LICENCIADO A: (HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE) NIT (890706833-9)

LICENCIADO A: (HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE) NIT (890706833-9)

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ
890706833

EPICRISIS

CAMA 416 B

Fecha de Documento
Ingreso 738345 Confirmado Fecha Ingreso 21/01/25 18:34 AM Fecha egreso
Estado Paciente: WWD
Información Paciente LUZ ALBA CARDOSO FORERO Tipo de Documento Cédula_Ciudadanía Número 38242279
Tipo de paciente Subsidiado Sexo Femenino Edad 67 Años 0 Meses 4 Días F. Nacimiento 22/05/1957
E.P.S. [illegible] SANITAS EPS SUBSIDIADO 2024
Servicio de Ingreso Urgencias Servicio de Egreso

Nº230883

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
890706833

EPICRISIS

INFORMACION GENERAL
Fecha de Documento
Ingreso 738345 Confirmado Fecha Ingreso 21/01/25 18:34 AM Fecha egreso
Estado Paciente: WWD
Información Paciente LUZ ALBA CARDOSO FORERO Tipo de Documento Cédula_Ciudadanía Número 38242279
Tipo de paciente Subsidiado Sexo Femenino Edad 67 Años 0 Meses 4 Días F. Nacimiento 22/05/1957
E.P.S. SANITAS EPS SUBSIDIADO 2024
Servicio de Ingreso Urgencias Servicio de Egreso

Nº230883

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

[illegible]

EPICRISIS

CAMA: 416 B

INFORMACION GENERAL

Fecha de Documento: Fecha Ingreso: 21/01/25 18:34:44 Fecha egreso:

Ingreso: 738345 Confirmado Estado Paciente: VIVO

Informacion Paciente: LUZ ALBA CARDOSO FORERO Tipo de Documento: Cédula_Ciudadania Numero: 38242279

Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Femenino Edad: 67 Años / 9 Meses / 0 Dias F. Nacimiento: 22/05/1957

E.P.S: [illegible] SUBSIDIADO 2024

Servicio de Ingreso: Urgencias Servicio de Egreso:

Nº230883

PACIENTE FEMENINA DE 67 AÑOS, SIN ACOMPAÑANTE, MAL INFORMANTE, QUIEN NO REFIERE ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE TRIPULANTES DE AMBULANCIA, LUEGO DE CAIDA DESDE TERRAZA DE UN SEGUNDO PISO, SIN PERDIDA DE LA CONSCIENCIA, CON HOMBRO IZQUIERDO CON DEFORMIDAD APARENTE, SIN ESTIGMAS DE LESIONES AVULSIVAS, SIN DEFICIT SENSITIVO [illegible] DEL MOVIMIENTO DE ARTICULACION GLENOHUMERAL COMPROMETIDA. A LA VALORACION SE EVIDENCIA PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIRS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON HALLAZGOS DESCRITOS EN EXTREMIDAD SUPERIOR IZQUIERDA, RAZON POR LA CUAL SE INDICA ANALGESIA PARENTERAL, SE SOLICITA RX DE HOMBRO IZQUIERDO (AP, LATERAL Y PROYECCION EN Y) SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN TERAPEUTICO Y DEL INGRESO A URGENCIAS

-OBSERVACION

-[illegible]

-[illegible]

-SS RADIOGRAFIA DE RX DE HOMBRO IZQUIERDO (AP, LATERAL Y PROYECCION EN Y)

-SS REVALORAR CON RESULTADOS DE RADIOGRAFIA

ANALISIS INGRESO HOSPITALIZACION

PACIENTE FEMENINA EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA QUIEN SE ENCUENTRA CON CUADRO CLINICO COMPATIBLE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POR DESCOMPENSACION DE FALLA CARDIACA STEVENSON L, CON EDEMAS, ESTERTORES, SIGNOS DE [illegible] TIENE RADIOGRAFIA DE TORAX [illegible] HIPERLACTATEMIA [illegible]

[illegible]

PACIENTE FEMENINA DE 67 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESÓ INICIALMENTE SECUNDARIO A TRAUMA DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO ASOCIADO A FRACTURA DE HUMERO QUE REQUIRIO SINTESIS POR ORTOPEDIA, QUIEN CURSO CON CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN RESPIRATORIO Y FALLA MULTIORGANICA ASOCIADA YA RESUELTA, MANEJO EN UCI, CON HALLAZGO DE MASA PELVICA Y ENDOMETRIO

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

890706833

EPICRISIS

CAMA: 416 B

INFORMACION GENERAL

Fecha de Documento: Fecha Ingreso: 21/01/25 18:34:44 Fecha egreso:

Ingreso: 738345 Confirmado Estado Paciente: VIVO

Informacion Paciente: LUZ ALBA CARDOSO FORERO Tipo de Documento: Cédula_Ciudadania Numero: 38242279

Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Femenino Edad: 67 Años / 9 Meses / 0 Dias F. Nacimiento: 22/05/1957

E.P.S: RSU122 - FAMISANAR EPS SUBSIDIADO 2024

Servicio de Ingreso: Urgencias Servicio de Egreso:

Nº230883

ENGROSADO AL CUAL SE TOMA LEGRADO Y TOMA DE BIOPSIA CUYA PATOLOGÍA CONFIRMA MALIGNIDAD, VALORADA POR GINECO ONCOLOGÍA CON ORDEN DE ESTUDIOS DE ESTADIFICACION CON RNM DE ABDOMEN Y PELVIS PARA CARACTERIZAR MEJOR LA LESION Y POSIBLES LESIONES METASTASICAS ASOCIADAS. PENDIENTE REPORTE DE MARCADORES TUMORALES, Y [illegible] POR MEDICINA INTERNA PARA EVALUAR POSIBILIDAD E CX CITORREDUCTORA PARA CA DE ENDOMETRIO SEGUN ANTECEDENTE CLÍNICO. AL MOMENTO PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCIÓN CLINICA, CON INDICACION POR UCI DE TRASLADO A PISO PARA CONTINUAR VIGILANCIA, PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS, CON REQUERIMIENTO DE SUPLEMENTO DE O2 POR CANULA NASAL, NIEGA DOLOR, AFEBRIL, POR LO QUE CONTINUAMOS VIGILANCIA ATENTOS A EVOLUCIÓN. SE EXPLICA AMPLIAMENTE A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN TERAPEUTICO INGRESO HOSPITALIZACION

ESOMEPRAZOL 20mg UNA CADA DIA

ENOXAPARINA SODICA 60mg SC CADA 12 HORAS S.C.

SS VAL POR MED INTERNA

CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS

CONTINUA MANEJO POR GINECO ONCOLOGIA

JUSTIFICACION

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS

RESULTADO DE EXAMEN

EVOLUCIONES

FECHA	MEDICO

DESCRIPCION

21/01/2025 22:14 [illegible] - TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN MEDICO GENERAL

CLASIFICACION UCI No Aplica **EVOLUCION ADICIONAL** ***NOTA REVALORACION*** SE REVISA RX DE HOMBRO DERECHO DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA DE CABEZA HUMERAL, SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA, SE SOLICITA HEMOGRAMA POR POSIBLE CIRUGIA MAYOR, SE AJUSTA MANEJO ANALGESICO CON TRAMADOL.

22/01/2025 2:31 [illegible] - RODRIGUEZ GUZMAN VICTOR EMILIO MEDICO GENERAL

CLASIFICACION UCI No Aplica **EVOLUCION ADICIONAL** NOTA MEDICA OBSERVACION PACIENTE CON DX: FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO 2. ANEMIA SEVERA S: DOLOR CONTROLADO, NIEGA SANGRADO, MANIFIESTA ASTENIA ADINAMIA PALIDEZ, NO COME BIEN O: REGULARES CONDICIONES GENERALES [illegible] FC 76 X MIN FR 18 X MIN TA [illegible] SAT [illegible] MUCOSAS HUMEDA PALIDAS CUELLO MOVIL SIN MASAS TORAX SIMETRICO RSCS RITMICOS SIN SOPLOS RSRS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO EXTREMIDADES DOLOR EDEMA EN HOMBRO DECHO SNC SIN DEFICIT HEMOGRAMA BLANCOS [illegible] HCTO 17.6 HGB 5.9 PLAQ [illegible] ANALISIS SE REVISA HEMOGRAMA CON SX ANEMICO SEVERO SUGETIV DE ANEMIA NORMOCITICA HIPOCROMICA, SE DEBE ESTABLECER ETIOLOGIA [illegible] INDICA FUNCION RENAL, FERROCINETICA, FROTIS DE SANGRE PERIFERICA, VALORACION POR MED INTERNA. SE DEBE OPTIMIZAR CIFRAS DE HGB POR LO QUE INDICA TRANSFUSION DE 2 UGRE [illegible] 2 UGRE SS BUN CREATININA PERFIL FERROCINETICO FSP VALORACION POR MED INTERNA CSV AC

22/01/2025 9:06 [illegible] - VAN LEENDEN DEL RIO OMAR ANDRES ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DESCRIPCION DE LA VALORACION VALORACIÓN INICIAL ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA***MC: "TRAIDA EN AMBULANCIA" EA: PACIENTE DE 67 AÑOS DE EDAD SIN ACOMPAÑANTE, MAL INFORMANTE, QUIEN ES RECOGIDA EN MABULANCIA EL DIA DE AYER TRAS SUFRIR CAIDA APROXIMADAMENTE A LAS 17:40 EN COMPAÑIA DE TRIPULANTES DE AMBULANCIA, DESDE APROXIMADAMENTE 3 METROS DE ALTURA, CON DEFORMIDAD Y LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DEL HOMBRO DERECHO, ADEMAS DE DOLOR ASOCIADO DE GRAN INTENSIDAD EN EXTREMIDAD AFECTADA. PACIENTE REFIERE QUE NO TIENE UNA ADECUADA RED DE APOYO REFIERE VIVIR SOLA. ANTECEDENTES: MEDICOS NIEGA FARMACOLOGICOS NIEGA QUIRURGICOS NIEGA TOXICOALERGICOS NIEGA AL EXAMEN FISICO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES [illegible]

[illegible]

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

EPICRISIS

INFORMACION GENERAL

Fecha de Documento: Fecha Ingreso: Fecha egreso: CAMA:

Ingreso: 738345 Confirmado: Estado Paciente: VIVO

Informacion Paciente: Tipo de Documento: Numero:

Tipo de paciente: Subsidiado Edad: F. Nacimiento: 22/05/1957

E.P.S: Servicio de Ingreso: Urgencias Servicio de Egreso:

Nº230883

MEDICINA INTERNA

Pagina 29/30

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT: [illegible]

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

EPICRISIS

INFORMACION GENERAL

Fecha de Documento: Fecha Ingreso: Fecha egreso: CAMA:

Ingreso: 738345 Confirmado: Estado Paciente: VIVO

Informacion Paciente: LUZ ALBA CARDOSO FORERO Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Numero:

Tipo de paciente: Subsidiado Edad: F. Nacimiento:

E.P.S: Servicio de Ingreso: Urgencias Servicio de Egreso:

Nº230883

MEDICINA INTERNA

MEDICINA INTERNA

MEDICINA INTERNA

MEDICINA INTERNA

Pagina 30/30

LICENCIADO A: [illegible] NIT: [illegible]

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

EPICRISIS

Fecha Ingreso: 21/01/25 19:34:44 Fecha egreso: CAMA: 416 B

Ingreso: 738345 Condimedo

Estado Paciente: VIVO

Información Paciente: LUZ ALBA CARDOSO FORERO

Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Numero: 38242279

Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Femenino Edad: 67 Años / 8 Meses / 6 Días F. Nacimiento: 22/05/1957

E.P.S: 450122 - FAMISANAR EPS SUBSIDIADO 2024

Servicio de Ingreso: Urgencias

Servicio de Egreso:

Nº230883

"DESCRIPCION QUIRURGICA FECHA": 21/01/2025 19:34:34 a.m. "DESCRIPCION QUIRURGICA HALLAZGOS" ENDOBRONQUITIS LIO "CIRUGIA REALIZADA" SE RASA SUBDIAFRAGMATICO "DESCRIPCION QUIRURGICA - PROCEDIMIENTO" BAJO ANESTESIA GENERAL + POR MASCARA LARINGEA, SE RASA SUBDIAFRAGMATICO SIGNO: SIN EPISTAXIS NORMAL CUERDAS VOCALES NORMALES TRAQUEA CALIBRE LUZ Y MUCOSA NORMAL CARINA NORMAL BPD NORMAL BLSD SISTEMA DE LA MUCOSA TAPON DE SECRECION MUCOPURULENTA SEGMENTOS SE REALIZA LAVADO BRONCOALVEOLAR CON SOLUCION SALINA NORMAL CON RECUPERACION DE LA LUZ DE LOS SEGMENTOS SE REALIZA LAVADO BRONCOALVEOLAR CON SOLUCION SALINA NORMAL CON RECUPERACION DE LA LUZ DE LOS SEGMENTOS 201 (82 (83 (CON VERIFICACION DE LOS ESPECIMENES (EN INTERMEDIARIO NORMAL BLSP NORMAL BLSD NORMAL BPI NORMAL BLSI NORMAL BLSD NORMAL BLSI NORMAL

22/01/2025 10:47 MEDICINA INTERNA

"CLASIFICACION UCI" Estado "EVOLUCION ADICIONAL" DE REALIZO FIBROBRONCOSCOPIA CON EVIDENCIA EN BLSD EDEMA DE LA MUCOSA TAPON DE SECRECION MUCOPURULENTA SE REALIZO LAVADO BRONCOALVEOLAR DE CLARCE CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO QUE INDICA TRASLADO A SERVICIO DE HOSPITALIZACION A CARGO DE GINECONCOLOGIA Y CIRUGIA ONCOLOGICA

22/01/2025 10:13 MEDICINA INTERNA

*** OBJETIVO ***** SUSPENSION ORGANICA MULTIPLE (RESPIRATORIA CARDIOVASCULAR) RESUELTOS INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SHOCK SEPTICO POR OSTEOMIELITIS DE HUMERO IZQUIERDO +REPARACION MANGUITO ROTADOR 25/01/25 FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO IZQUIERDO 2 TUMOR ABDOMINAL DERECHO INFRAHEPATICO 7 TUMOR PELVICO 7 HIPERNATREMIAS NEUMONIA MULTILOBAR HOSPITALIZADA AFEBRIL LEVE POLIPNEA SIN OTRO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SATURANDO EN AMBIENTE CON SONIDO LEVES ESTERTORES BIEN PERFUNDIDA SIN DEFICIT NEUROLOGICO CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA NO DEFICIT NEUROLOGICO CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA EDEMA GRADO III MIEMBRO SUPERIOR DERECHO NO SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA FEMORAL COMUN Y POPLITEA EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO HOSPITALIZADO CON SIGNOS LEVES ESTERTORES BIEN PERFUNDIDA SIN DEFICIT NEUROLOGICO CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA EDEMA GRADO III MIEMBRO SUPERIOR DERECHO NO SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA FEMORAL COMUN Y POPLITEA EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO HOSPITALIZADO A HOSPITALIZACION CONSCIENTE SONDA VESICAL ***PAUSIDO*** PACIENTE BIEN ACEPTABLE ESTADO GENERAL SE REALIZO BRONCOSCOPIA CON HALLAZGOS DE ENDOBRONQUITIS (CON (REPORTE DE ESTUDIO DEL LIQUIDO NEGATIVOS NO REQUIERE SOPORTE VENTILATORIO (SOPORTE VENTILATORIO NO REQUIERE TS ANFLAMATORIA SISTEMICA ACTUAL EL SANGRADO MENALO EN MANEJO Y NO SE HAN EVIDENCIADO SE CONTINUA MANEJO MEDICO TERAPIA FISICA EN DEL LENGUAJE PUEDE CONTINUAR MANEJO EN

22/01/2025 10:10 MEDICINA INTERNA

"CLASIFICACION UCI" Estado "EVOLUCION ADICIONAL" NOTA UCI DIA. REVISTA MEDICA DR TRUJILLO DRA DIANA HERNANDEZ Y DR VERGARA IDX: 1) SHOCK SEPTICO TRATADOR POSOPERATORIO OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQUIERDO +REPARACION MANGUITO ROTADOR 25/01/25 FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO IZQUIERDO 2) TUMOR ABDOMINAL DERECHO INFRAHEPATICO 7 TUMOR PELVICO 7 HIPERNATREMIAS NEUMONIA MULTILOBAR HOSPITALIZADA AFEBRIL LEVE POLIPNEA SIN OTRO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SATURANDO EN AMBIENTE CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA EDEMA GRADO III MIEMBRO SUPERIOR DERECHO NO SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA FEMORAL COMUN Y POPLITEA EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO HOSPITALIZADO A HOSPITALIZACION CONSCIENTE SONDA VESICAL ***PAUSIDO*** PACIENTE BIEN ACEPTABLE ESTADO GENERAL SE REALIZO BRONCOSCOPIA CON HALLAZGOS DE ENDOBRONQUITIS (CON (REPORTE DE ESTUDIO DEL LIQUIDO NEGATIVOS NO REQUIERE SOPORTE VENTILATORIO (SOPORTE VENTILATORIO NO REQUIERE TS ANFLAMATORIA SISTEMICA ACTUAL EL SANGRADO MENALO EN MANEJO Y NO SE HAN EVIDENCIADO SE CONTINUA MANEJO MEDICO TERAPIA FISICA EN DEL LENGUAJE PUEDE CONTINUAR MANEJO EN

22/01/2025 10:10 MEDICINA INTERNA

"CLASIFICACION UCI" Estado "EVOLUCION ADICIONAL" NOTA UCI DIA. REVISTA MEDICA DR TRUJILLO DRA DIANA HERNANDEZ Y DR VERGARA IDX: 1) SHOCK SEPTICO TRATADOR POSOPERATORIO OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQUIERDO +REPARACION MANGUITO ROTADOR 25/01/25 FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO IZQUIERDO 2) TUMOR ABDOMINAL DERECHO INFRAHEPATICO 7 TUMOR PELVICO 7 HIPERNATREMIAS NEUMONIA MULTILOBAR HOSPITALIZADA AFEBRIL LEVE POLIPNEA SIN OTRO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SATURANDO EN AMBIENTE CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA EDEMA GRADO III MIEMBRO SUPERIOR DERECHO NO SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA FEMORAL COMUN Y POPLITEA EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO HOSPITALIZADO A HOSPITALIZACION CONSCIENTE SONDA VESICAL ***PAUSIDO*** PACIENTE BIEN ACEPTABLE ESTADO GENERAL SE REALIZO BRONCOSCOPIA CON HALLAZGOS DE ENDOBRONQUITIS (CON (REPORTE DE ESTUDIO DEL LIQUIDO NEGATIVOS NO REQUIERE SOPORTE VENTILATORIO (SOPORTE VENTILATORIO NO REQUIERE TS ANFLAMATORIA SISTEMICA ACTUAL EL SANGRADO MENALO EN MANEJO Y NO SE HAN EVIDENCIADO SE CONTINUA MANEJO MEDICO TERAPIA FISICA EN DEL LENGUAJE PUEDE CONTINUAR MANEJO EN

22/01/2025 10:10 MEDICINA INTERNA

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

EPICRISIS

Fecha Ingreso: 21/01/25 19:34:44 Fecha egreso: CAMA: 416 B

Ingreso: 738345 Condimedo

Estado Paciente: VIVO

Información Paciente: LUZ ALBA CARDOSO FORERO

Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Numero: 38242279

Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Femenino Edad: 67 Años / 8 Meses / 6 Días F. Nacimiento: 22/05/1957

E.P.S: 450122 - FAMISANAR EPS SUBSIDIADO 2024

Servicio de Ingreso: Urgencias

Servicio de Egreso:

Nº230883

"CLASIFICACION UCI" Estado "EVOLUCION ADICIONAL" UCI NOCHE REVISTA DR HAROL TRUJILLO ESPECIALISTA DIAGNOSTICOS 1) DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE (RESPIRATORIA CARDIOVASCULAR) RESUELTOS 2) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN RESOLUCION 3) SHOCK SEPTICO TRATADOR POSOPERATORIO OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQUIERDO +REPARACION MANGUITO ROTADOR 25/01/25 FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO IZQUIERDO 6 TUMOR ABDOMINAL DERECHO INFRAHEPATICO 7 TUMOR PELVICO 7 HIPERNATREMIAS NEUMONIA MULTILOBAR HOSPITALIZADA AFEBRIL LEVE POLIPNEA SIN OTRO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SATURANDO EN AMBIENTE CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA EDEMA GRADO III MIEMBRO SUPERIOR DERECHO NO SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA FEMORAL COMUN Y POPLITEA EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO HOSPITALIZADO A HOSPITALIZACION CONSCIENTE SONDA VESICAL ***PAUSIDO*** PACIENTE BIEN ACEPTABLE ESTADO GENERAL SE REALIZO BRONCOSCOPIA CON HALLAZGOS DE ENDOBRONQUITIS (CON (REPORTE DE ESTUDIO DEL LIQUIDO NEGATIVOS NO REQUIERE SOPORTE VENTILATORIO (SOPORTE VENTILATORIO NO REQUIERE TS ANFLAMATORIA SISTEMICA ACTUAL EL SANGRADO MENALO EN MANEJO Y NO SE HAN EVIDENCIADO SE CONTINUA MANEJO MEDICO TERAPIA FISICA EN DEL LENGUAJE PUEDE CONTINUAR MANEJO EN

22/01/2025 10:10 MEDICINA INTERNA

"CLASIFICACION UCI" Estado "EVOLUCION ADICIONAL" NOTA UCI DIA. REVISTA MEDICA DR TRUJILLO DRA DIANA HERNANDEZ Y DR VERGARA IDX: 1) SHOCK SEPTICO TRATADOR POSOPERATORIO OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQUIERDO +REPARACION MANGUITO ROTADOR 25/01/25 FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO IZQUIERDO 2) TUMOR ABDOMINAL DERECHO INFRAHEPATICO 7 TUMOR PELVICO 7 HIPERNATREMIAS NEUMONIA MULTILOBAR HOSPITALIZADA AFEBRIL LEVE POLIPNEA SIN OTRO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SATURANDO EN AMBIENTE CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA EDEMA GRADO III MIEMBRO SUPERIOR DERECHO NO SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA FEMORAL COMUN Y POPLITEA EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO HOSPITALIZADO A HOSPITALIZACION CONSCIENTE SONDA VESICAL ***PAUSIDO*** PACIENTE BIEN ACEPTABLE ESTADO GENERAL SE REALIZO BRONCOSCOPIA CON HALLAZGOS DE ENDOBRONQUITIS (CON (REPORTE DE ESTUDIO DEL LIQUIDO NEGATIVOS NO REQUIERE SOPORTE VENTILATORIO (SOPORTE VENTILATORIO NO REQUIERE TS ANFLAMATORIA SISTEMICA ACTUAL EL SANGRADO MENALO EN MANEJO Y NO SE HAN EVIDENCIADO SE CONTINUA MANEJO MEDICO TERAPIA FISICA EN DEL LENGUAJE PUEDE CONTINUAR MANEJO EN

22/01/2025 10:10 MEDICINA INTERNA

Alcaldía de
IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 26 DE JULIO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 24 DE JULIO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: LUISA FERNANDA LIBERATO

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: HOSPITAL SAN FRANCISCO

TELÉFONO: 3042092595

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: TRABJADORA SOCIAL

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: NN

UBICACACIÓN DE BOVEDA: PABELLON 4A FILA 5 #184

PROGRAMA: HABITANTE DE CALLE

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REGISTRADURÍA	**Registraduría Nacional del Estado Civil** **Dirección Nacional de Identificación** **Informe sobre Identificación**	danderinof Jul 25, 2025 6:04 PM 10.120.15.121

Identificación - MTR - Detalle de la solicitud

Tipo de la solicitud	Cojeto 1/N
Descripción de la solicitud	20250101730010000489
ID de la representación	132150864
Fecha de generación del archivo	25/07/2025
Identificador del operador	danderinof
Identificador de la estación	SVR-APL-024
no_hit	



Documento RNEC - Reproducción y divulgación prohibidas

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25088720191214

La información consignada en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN			
País: **COLOMBIA**	Departamento: **TOLIMA**	Municipio: **IBAGUÉ**	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
Área: **Cabecera Municipal**		Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío):	
TIPO DE DEFUNCIÓN: **No fetal**	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día): **2025-07-24**	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos): **14:51:00**	
SEXO DEL FALLECIDO: **Masculino**	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO — Tipo de documento: **Adulto sin identificación**	Número de documento: **2472025**	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido: **NN**	Segundo apellido:	Primer nombre: **NN**	Segundo nombre:
PROBABLE MANERA DE MUERTE: **Natural**	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO — Pertenencia étnica: **Ninguno de los anteriores**	¿A cuál pueblo indígena pertenece?	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR			
Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**		Número de documento: **1110534351**	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido: **BOCANEGRA**	Segundo apellido: **SERRANO**	Primer nombre: **LUIS**	Segundo nombre: **FELIPE**
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: **Médico**		REGISTRO PROFESIONAL: **1110534351**	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO			
Departamento: **TOLIMA**		Municipio: **IBAGUÉ**	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día): **2025-08-06**		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-08-06 16:27

Código verificación: E89A-043F-8456-C575

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE
HISTORIA CLÍNICA
URGENCIAS PRIMERA VEZ

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 24072025 **Fecha de Folio:** 24/07/2025 **Nº FOLIO:** 1
Nombre Paciente: NN NN NN NN **Identificación:** 24072025 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 24/julio/1966 **Edad Actual:** 59 Años / 0 Meses / 0 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: HABITANTE DE CALLE **Teléfono:**
Procedencia: IBAGUE **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SECRETARIA SALUD MUNICIPAL DE IBAGUE **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 VINCULADOS

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 3364317 **FECHA DE INGRESO:** 24/07/2025 2:57:29 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Otra **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 236 - URGENCIAS CONSULTA UI SAN FRANCISCO

URGENCIAS PRIMERA VEZ

FECHA REAL DE ATENCION: 24/07/2025 3:30:34 p. m. **TRIAGE:** III ■ REINGRESO < 48 HORAS

MOTIVO DE CONSULTA:

LO ENCUENTRAN EN LA CALLE Y NO RESPONDE

ENFERMEDAD ACTUAL:

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS EN SILLA DE RUEDAS SOBBRE LAS 14: 51, TRAIDO A ESTA USI POR LA AUXILIAR NINI DEL PROGRAMA MAITE,
QUIEN REFIERE QUE APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS ANTES DE CONSULTAR OBSERVA AL SEÑOR EN LA CALLE SIN RESPUESTA CON ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, REFIERE QUE RESPIRA RAPIDO Y PRESENTA VOMITO ROSADO, QUE LE HACE ESTIMULO DOLOROSO Y LE RESPONDE, POR LO QUE HACE LLAMADO A MULTIPLES AMBULANCIAS PARTICUALES LAS CUALES NO REPSONDE AL LLAMADO POR SER UN HABITANTE DE CALLE POSTERIORMENTE LLAMA AL CRUET , SIN TENER RESPUESTA DE AMBULANCIA ,ASI QUE PIDE UNA SILLA DE RUEDAS Y LO INGRESA A LA UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISICO, Y SE PASA A SALA DE REANIMACION.

REVISION POR SISTEMAS:

..

EXAMEN FISICO

TENSION ARTERIAL: 1,0 / 1,0 **TENSION ARTERIAL MEDIA:** 1,0
FRECUENCIA CARDIACA: 1,0 **FRECUENCIA RESPIRATORIA:** 1,0
TALLA: 1,0 **PESO:** 1,0 **INDICE DE MASA CORPORAL:** 10000,0
TEMPERATURA: 30 % **GLASGOW:** 1,0 **SATURACIÓN:** 1,0000

QSOFA

ESTADO DE CONCIENCIA

GLASGOW <15

RIESGO SEPSIS QSOFA

FRECUENCIA RESPIRATORIA > 22RPM

PRESION ARTERIAL SISTOLICA < 100 MGHZ

ESTADO GENERAL Y EXAMEN FISICO

..PACIENTE SIN SIGNOS VITALES, PUPILAS PLENAS.

ANALISIS Y RESULTADO

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE
HISTORIA CLÍNICA
URGENCIAS CONTROL

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 24072025 **Fecha de Folio:** 24/07/2025 **Nº FOLIO:** 2
Nombre Paciente: NN NN NN NN **Identificación:** 24072025 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 24/julio/1966 **Edad Actual:** 59 Años / 0 Meses / 0 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: HABITANTE DE CALLE **Teléfono:**
Procedencia: IBAGUE **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SECRETARIA SALUD MUNICIPAL DE IBAGUE **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 VINCULADOS

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 3364317 **FECHA DE INGRESO:** 24/07/2025 2:57:29 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Otra **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 266 - URGENCIAS OBSERVACION UI SAN FRANCISCO

URGENCIAS CONTROL

FECHA ATENCION: 24/07/2025 6:52:14 p. m. ☐ REINGRESO < 48 HORAS

ANALISIS

******* NOTA DE JUNTA MEDICA **********

INGRESA PACIENTE ADULTO, A L SERVICIO DE URGENCIAS EN SILLA DE RUEDAS TRAIDO POR TERCERA PERSONA POR SER ENCONTRADO EN LA VIA PUBLICA,

RECIBO LLAMADO DE JEFE DE ENFERMERIA, QUIEN REFIERE VER PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, AL LLAMADO ENCUENTRO PACIENTE EN SALA DE REANIMACION , PALIDO , SIN REFLEJOS DEL TALLO, NO SE ENCUENTRA PULSO, PUPILAS PLENAS, NO REACTIVAS, ADEMAS SE OBSERVA INICIO DE LIBIDECES EN CARA POSTERIOR DEL TORAX Y EN MIEMBROS INFERIORES -CON PIEL MOTEADA, Y RESTO DE CONTENIDO ALIMENTARIO EN ROSTRO Y CABELLO, CON MAL ASEO PERSONAL (REFIEREN ES HABITANTE DE CALLE) AL TACTO CALIENTE, "APARENTEMENTE ESTUVO MUCHAS HORAS BAJO EL SOL. "

PACIENTE EN CONDICION DE CALLE SIN SIGNOS VITALES, SE PROCEDE A INFORMAR A CUADRANTE DE POLICIA NACIONAL. DEBIDO A SU CONDICION Y ANTE HISTORIAL CLINICO EN EL CUAL RECIBIO MANEJO EN NUESTRA INSITUCION POR PATOLOGIA TBC PULMONAR Y POSTERIOR EGRESO, SE REALIZA JUNTA MEDICA , CON JEFE DE TURNO Y COORDINADOR MEDICO, EN LA CUAL SE DETERMINA COMENTAR DECESO DEL PACIENTE CON NICOLAS BONILLA, REFERENTE DEL RUAF , ESTADISTICA VITAL DE LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. CONSIDERANDO POSIBLE MUERTE NATURAL POR LO CUAL SE SOLICITA COLABORACION POR PARTE DE TRABAJO SOCIAL PARA COORDINAR IDENTIFICACION DACTILAR ; SOLICITUD PARA RADICAR ANTE FISCALIA Y MEDICINA LEGAL PARA SU RECONOCIMIENTO Y CERTIFICACION DE DEFUNCION. A FIN DE PROCEDER EN LA REALIZACION DE ACTO DE ESQUIALES A TRAVEZ DE ALCALDIA MUNICIPAL POR SER PACIENTE EN CONDICION DE CALLE.

PLAN

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL		TAM	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA	TEMPERATURA	SATURACION	GLASGOW
1	1		1	1	1	1	1

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE

IMPRESION DIAGNOSTICA

CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
A419	SEPSIS, NO ESPECIFICADA	☑

PLAN DE MANEJO

LICENCIADO A: [UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE] NIT [809003590-2]

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE
HISTORIA CLÍNICA
URGENCIAS PRIMERA VEZ

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 24072025 **Fecha de Folio:** 24/07/2025 **Nº FOLIO:** 1
Nombre Paciente: NN NN NN NN **Identificación:** 24072025 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 24/julio/1966 **Edad Actual:** 59 Años / 0 Meses / 0 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: HABITANTE DE CALLE **Teléfono:**
Procedencia: IBAGUE **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

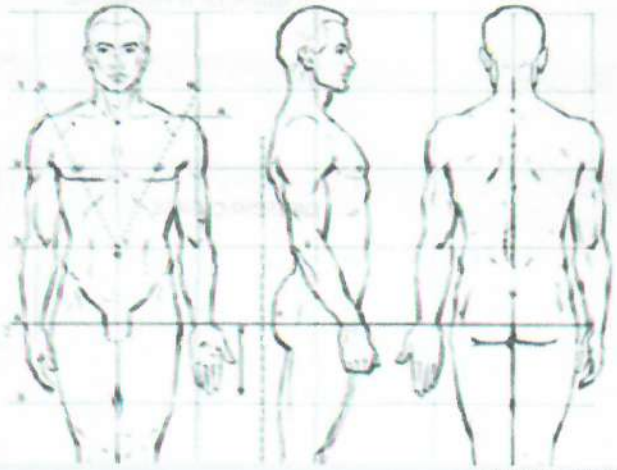
Entidad: ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SECRETARIA SALUD MUNICIPAL DE IBAGUE **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 VINCULADOS

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 3364317 **FECHA DE INGRESO:** 24/07/2025 2:57:29 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Otra **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 236 - URGENCIAS CONSULTA UI SAN FRANCISCO

RECIBO LLAMADO DE JEFE DE ENFERMERIA, REFIERE PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES EN SALA DE REANIMACION , RESPONDO AL LLAMADO ENCUENTRO PACIENTE EN CAMILLA EN SALA DE REANIMACION , CON PALIDEZ GENERALIZADA, CON PUPILAS PLENAS SIN PULSO CON RESTO DE CONTENIDO ALIEMTARIO EN ROSTRO Y EL CABELLO, CON MAL ASEO PERSONAL (REFIEREN ES HABITANTE DE CALLE) , ADEMAS SE OBERVA INICIO DE LIBIDECES EN CARA POSTERIOR DEL TORAX Y EN MIMEBROS INFERIORES - AL TACTO CALIENTE, SIN MEBRGO REFIEREN QUE ESUVO MUCHAS HORAS BAJO EL SOL. POR HISTORIA CLINICA SE EVIDENCIA ULTIMA HOSPITALIZACION EN ESTA USI POR TUBERCULOSIS PULMONAR QUIEN FINALEMNTE SE NEGO A RECIBIR TRAMIENTO Y FIRMO RETIRO VOLUTARIO .PACIENTE SIN DOCUMENTACION , POR LO CUAL NO SE CERTIFICA DEFUNCION . SE LLAMA AL CUADRANTE DE LA POLICIA NACIONAL QUIENES , SE CONTACTAN CON FISCALIA PARA TRAMITES ADMSINITRATIVOS Y LEVANTAMIENTO DE CADAVER.

CUERPO HUMANO



AIEPI MENORES DE 5 AÑOS

Signos de Peligro en General	Observacion:
TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR	Observacion:
DIARREA	Observacion:
FIEBRE	Observacion:
Problemas de Oido	Observacion:
Problemas de Garganta	Observacion:
Maltrato	Observacion:
Asiste a CyD	Observacion:
Asiste a Odontologia	Observacion:

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE
HISTORIA CLÍNICA
URGENCIAS PRIMERA VEZ

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:	24072025	**Fecha de Folio:**	24/07/2025	**Nº FOLIO:**	1
Nombre Paciente:	NN NN NN NN			**Identificación:**	24072025
Fecha Nacimiento:	24/julio/1966	**Edad Actual:**	59 Años / 0 Meses / 0 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	HABITANTE DE CALLE			**Teléfono:**	
Procedencia:	IBAGUE			**Ocupación:**	

Sexo: Masculino

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	SECRETARIA SALUD MUNICIPAL DE IBAGUE	**Nivel - Estrato:**	ESTRATO 1 VINCULADOS

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO:	3364317	**FECHA DE INGRESO:**	24/07/2025 2:57:29 p. m.
FINALIDAD CONSULTA:	Otra	**CAUSA EXTERNA:**	Enfermedad_general
RESPONSABLE:		**DIRECCION:**	**TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN:	001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO	**ÁREA DE SERVICIO:**	236 - URGENCIAS CONSULTA UI SAN FRANCISCO

Vacunas Completas Observacion:

EDUCACION

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE

IMPRESION DIAGNOSTICA

CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
A419	SEPSIS, NO ESPECIFICADA	☑

EXAMENES SOLICITADOS

CANTIDAD	EXAMEN

PLAN DE MANEJO

CANTIDAD	PRODUCTO	OBSERVACIONES

Lina C. Murcia Ordoñez
Médico S.S.O
C.C. 1084250523

Profesional: LINA CONSTANZA MURCIA ORDOÑEZ
Cédula: 1084250523
Tipo Medico: Medico_General

Usuario: 1104706658 - LUISA FERNANDA LIBERATO RENDON
Nombre reporte : HCRPHistoBase

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE
HISTORIA CLÍNICA
URGENCIAS CONTROL

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 24072025 **Fecha de Folio:** 24/07/2025 **Nº FOLIO:** 2
Nombre Paciente: NN NN NN NN **Identificación:** 24072025 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 24/julio/1966 **Edad Actual:** 59 Años / 0 Meses / 0 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: HABITANTE DE CALLE **Teléfono:**
Procedencia: IBAGUE **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SECRETARIA SALUD MUNICIPAL DE IBAGUE **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 VINCULADOS

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 3364317 **FECHA DE INGRESO:** 24/07/2025 2:57:29 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Otra **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 266 - URGENCIAS OBSERVACION UI SAN FRANCISCO

CANTIDAD	PRODUCTO	OBSERVACIONES

EXAMENES SOLICITADOS

CODIGO	EXAMEN	CANTIDAD

Lina C. Murcia Ordoñez
Médico S.S.O
CC. 1084250523

Profesional: LINA CONSTANZA MURCIA ORDOÑEZ
Cédula: 1084250523
Tipo Medico: Medico_General

Usuario: 1104706658 - LUISA FERNANDA LIBERATO RENDON
Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE] NIT [809003590-2]

De: Dirección Seccional Tolima <dstolima@medicinalegal.gov.co>
Enviado: sábado, 26 de julio de 2025 13:51
Para: GERENCIA USIESE <gerencia@usiese.gov.co>; Mayra Alexandra Rojas Ramos <mayra.rojas@medicinalegal.gov.co>
Cc: COORDINADOR URGENCIAS USIESE <Urgencias@usiese.gov.co>
Asunto: RE: SOLICITUD DE NECROPSIA CON FINES DE IDENTIFICACIÓN

Cordial saludo,

En atención al reporte de análisis por lofoscopia, el caso salió NO HIT, es decir aún continúa como cuerpo no identificado, se requiere hacer divulgación para confirmar si alguien lo conocía.

Atentamente,

ADRIANA LORENA ROCA PEÑA
Directora Seccional Tolima - Regional Sur
Tel: (091) 4069944 Ext: 94530
Celular: 3174342562
Calle 45 No. 8 Sur - 58 - Zona Industrial El Papayo, Ibagué, Colombia - Piso 2°
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

NOTA: Confirmar recibo de la comunicación.

La información de este mensaje y sus anexos son propiedad del Instituto Nacional de Medicinal Legal y Ciencias Forenses, es de uso exclusivo de su destinatario intencional y puede contener información de carácter privado o confidencial. Cualquier revisión, retransmisión, divulgación, copia o uso indebido de este documento y/o sus anexos, está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente.

De: GERENCIA USIESE <gerencia@usiese.gov.co>
Enviado: viernes, 25 de julio de 2025 10:20
Para: Dirección Seccional Tolima <dstolima@medicinalegal.gov.co>; Mayra Alexandra Rojas Ramos <mayra.rojas@medicinalegal.gov.co>
Cc: COORDINADOR URGENCIAS USIESE <Urgencias@usiese.gov.co>
Asunto: Re: SOLICITUD DE NECROPSIA CON FINES DE IDENTIFICACIÓN

[Se ocultó el texto citado]
NO HIT CASO 20250101730010000489 CNI MASCULINO HABITANTE DE CALLE.jfif

Cordial saludo,

En atención al reporte de análisis por lofoscopia, el caso salió NO HIT, es decir aún continúa como cuerpo no identificado, se requiere hacer divulgación para confirmar si alguien lo conocía.

Atentamente,

ADRIANA LORENA ROCA PEÑA
Directora Seccional Tolima - Regional Sur
Tel: (091) 4069944 Ext: 94530
Celular: 3174342562
Calle 45 No. 8 Sur - 58 - Zona Industrial El Papayo, Ibagué, Colombia - Piso 2°
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

NOTA: Confirmar recibo de la comunicación.

La información de este mensaje y sus anexos son propiedad del Instituto Nacional de Medicinal Legal y Ciencias Forenses, es de uso exclusivo de su destinatario intencional y puede contener información de carácter privado o confidencial. Cualquier revisión, retransmisión, divulgación, copia o uso indebido de este documento y/o sus anexos, está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente.

De: GERENCIA USIESE

RV: SOLICITUD DE NECROPSIA CON FINES DE IDENTIFICACIÓN Externo Recibidos

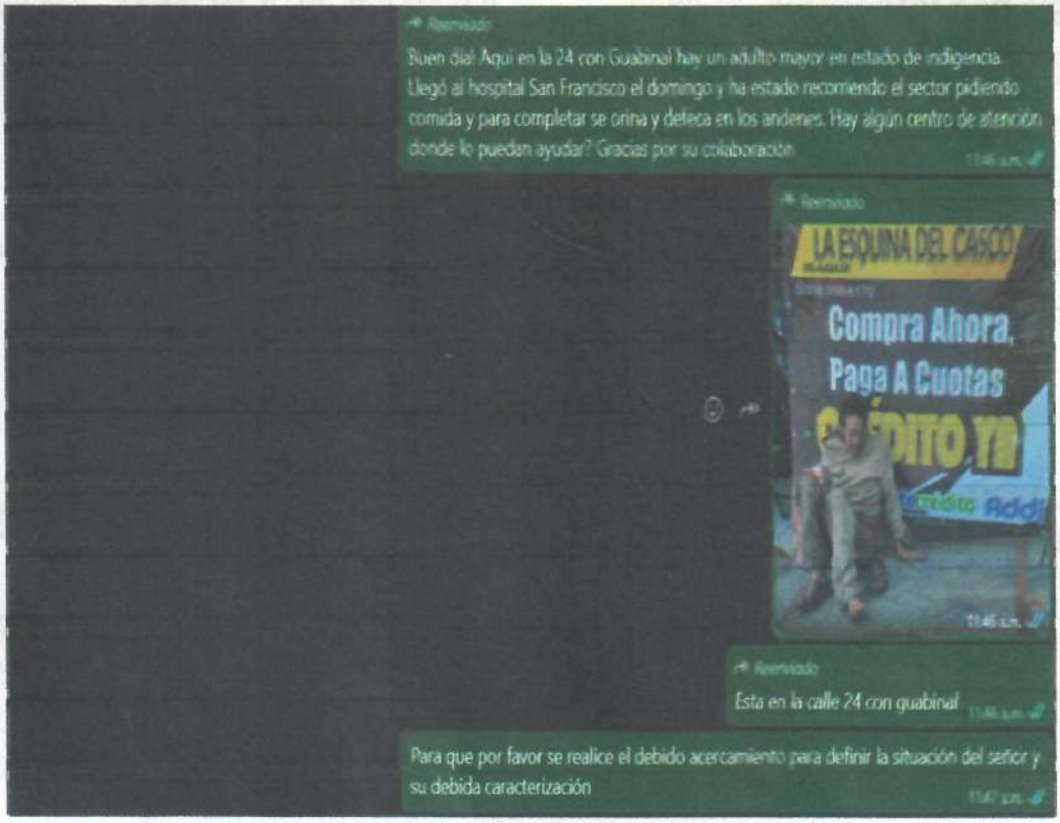
Resume este correo

Dirección Seccional... 2:06 p. m.
para mi

De: Dirección Seccional Tolima <dstolima@medicinalegal.gov.co>
Enviado: sábado, 26 de julio de 2025 13:51
Para: GERENCIA USIESE <gerencia@usiese.gov.co>; Mayra Alexandra Rojas Ramos <mayra.rojas@medicinalegal.gov.co>
Cc: COORDINADOR URGENCIAS USIESE <Urgencias@usiese.gov.co>
Asunto: RE: SOLICITUD DE NECROPSIA CON FINES DE IDENTIFICACIÓN

Cordial saludo,

En atención al reporte de análisis por lofoscopia, el caso salió NO HIT, es decir aún continúa como cuerpo no


Reenviado
Buen día! Aquí en la 24 con Guabinal hay un adulto mayor en estado de indigencia. Llegó al hospital San Francisco el domingo y ha estado recorriendo el sector pidiendo comida y para completar se orina y defeca en los andenes. Hay algún centro de atención donde lo puedan ayudar? Gracias por su colaboración
11:46 a.m.
Reenviado
LA ESQUINA DEL CASCO
Compra Ahora, Paga A Cuotas
11:46 a.m.
Reenviado
Esta en la calle 24 con guabinal
11:46 a.m.
Para que por favor se realice el debido acercamiento para definir la situación del señor y su debida caracterización
11:47 a.m.

ACTA DE ATENCION PSICOSOCIAL A PERSONA MAYOR HABITANTE DE CALLE EN LA GUABINAL.

ACTA

FECHA: Ibagué, 25 de julio 2025

HORA: 12:00 PM - 3:30 PM

LUGAR: Cra. 8 #24-12 GUABINAL.

ASISTENTES:

Gloria Vidal – Psicóloga Contratista
Nini Johanna Garzon Briñez – Contratista

AUSENTES:
N/A

INVITADOS:
N/A

ORDEN DEL DIA

1. Saludo presentación y Bienvenida
2. Atención psicosocial
3. Acompañamiento

Siendo las 12:00 p.m. del día 24 de julio de 2025, en la ciudad de Ibagué, se procede a realizar visita psicosocial a una persona mayor en condición de habitante de calle, con quien no se logra entablar un dialogo debido a que el individuo en cuestión se encontraba en evidente estado de vulnerabilidad en las cercanías de la calle 24 con Guabinal.

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

El profesional encargado de la intervención se acercó al punto de encuentro donde se encontraba la persona mayor, iniciando el proceso de atención e intervención psicosocial, así como la oferta de servicios institucionales por parte de la Dirección de Grupos Étnicos y Población Vulnerable de la Secretaría de Desarrollo Social. Durante el acercamiento, el individuo manifestó de forma repetitiva jadeos de dolor sin un intercambio de palabras solo dando señales de requerir apoyo o ayuda médica de manera inmediata. Se evidenció que la persona se encuentra en condición de salud delicada, careciendo de un dialogo para lograr identificarlo de manera pertinente.

A pesar de los múltiples intentos por parte del equipo para ofrecer la asistencia correspondiente, el individuo en cuestión reiteró con sonidos de dolor el requerir ayuda inmediata en un hospital. Posteriormente, se reaccionó con rapidez solicitando una ambulancia para su tratamiento, pese a la solicitud se evidencio que el servicio no llego, obligando a uno de los profesionales a solicitar un medio para trasladarlo de manera inmediata al hospital.

A través de esta interacción, se buscó generar confianza y acercamiento pero debido al mal estado de la persona y las limitaciones de comunicación fue pertinente llevarlo de manera inmediata al hospital pese a que no se logró intercambio palabras con la persona.

CONCLUSIONES:

Se intentó brindar apoyo institucional, sin embargo, la persona en condición de calle adulto mayor se encontraba en una situación crítica que impedía poder realizarle un proceso de caracterización, pese a ello los profesionales que se encontraban en el lugar actuaron de manera inmediata con el fin de poder brindarle ayuda pero en vista de lo ocurrido frente a varios servicios de ambulancia que no llegaron, se trasladó a señor **sin identificación** al hospital para su tratamiento, donde lamentablemente falleció.

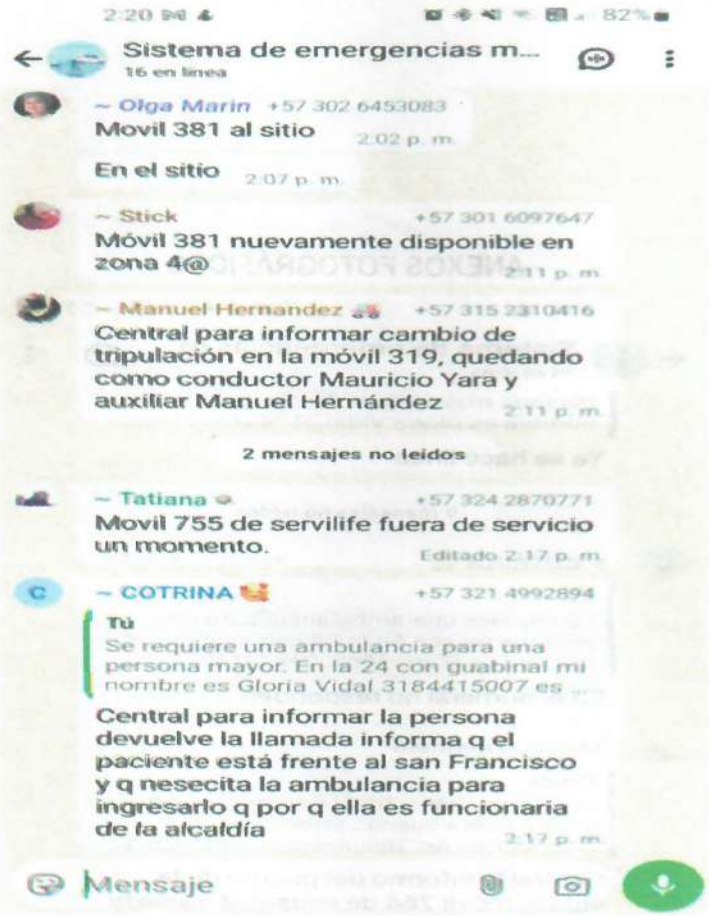
Redactado por:

Nini Johana Garzon Briñez

Nini Johanna Garzón Briñez
Contratista

ANEXOS FOTOGRÁFICOS




2:20
82%
Sistema de emergencias m...
16 en línea
~ Olga Marin +57 302 6453083
Movil 381 al sitio
2:02 p. m.
En el sitio
2:07 p. m.
~ Stick +57 301 6097647
Móvil 381 nuevamente disponible en zona 4@
2:11 p. m.
~ Manuel Hernandez +57 315 2310416
Central para informar cambio de tripulación en la móvil 319, quedando como conductor Mauricio Yara y auxiliar Manuel Hernández
2:11 p. m.
2 mensajes no leídos
~ Tatiana +57 324 2870771
Movil 755 de servilife fuera de servicio un momento.
Editado 2:17 p. m.
C
~ COTRINA +57 321 4992894
Tú
Se requiere una ambulancia para una persona mayor. En la 24 con guabinal mi nombre es Gloria Vidal 3184415007 es ...
Central para informar la persona devuelve la llamada informa q el paciente está frente al san Francisco y q nesecita la ambulancia para ingresarlo q por q ella es funcionaria de la alcaldía
2:17 p. m.
Mensaje



'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'



'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Gmail **Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>**

Fwd: Solicitud Auxilio Funerario - Habitante de Calle

Despacho desarrollo desarrollo social <desarrollosocial@ibague.gov.co> 28 de julio de 2025, 9:23 a.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

LEANDRO VERA ROJAS
Secretario de Desarrollo Social Comunitario
Alcaldía de Ibagué

---------- Forwarded message ---------
De: **Trabajo Social USI Sur** <trabajosocialusisur@gmail.com>
Date: sáb, 26 jul 2025 a las 17:49
Subject: Solicitud Auxilio Funerario - Habitante de Calle
To: <desarrollosocial@ibague.gov.co>
Cc: <gladyscastillo0108@hotmail.com>

Señores:

Programa de Desarrollo Social
Alcaldía Municipal

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me permito solicitar el apoyo del Programa de Desarrollo Social frente al caso de un habitante de calle NN sin identificar que lamentablemente falleció el día 24 de julio de 2025.

Hombre mayor de edad, de aproximadamente 60 años de edad, quien fue traído en estado fallecido a la Unidad Intermedia del Hospital San Francisco, el paciente presentaba condiciones físicas y de presentación personal que evidencian una situación de habitabilidad en calle de larga data.

Se solicitó el apoyo al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para la realización de una necropsia con fines de identificación. No obstante, el informe emitido no arrojó resultados positivos: NO HIT – no identificado

Dado que el señor no contaba con familiares ni personas cercanas que puedan asumir los gastos funerarios, solicitamos respetuosamente el acompañamiento y la autorización del auxilio funerario que la Alcaldía

brinda en estos casos, con el fin de garantizar una disposición final del cuerpo.

Se adjuntan para su revisión los siguientes documentos:

- Historia clínica
- Certificado de defunción
- Informe de cotejo dactiloscópico de Medicina Legal
- Respuesta Medicina Legal

Agradezco de antemano la atención prestada y quedo atenta a cualquier información o documentación adicional que se requiera.

Cordialmente,

Luisa Fernanda Liberato

Trabajadora Social

Tel 3042092595

U.S.I.
Unidad de Salud de Ibagué. E.S.E.

---

3 archivos adjuntos

HC NN FALLECIDO.pdf
831K

NO HIT CASO 2025010173001000489 CNI MASCULINO HABITANTE DE CALLE.jfif.pdf
224K

Correo Respuesta Medicina legal NN .pdf
79K

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 28 DE JULIO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 28 DE JULIO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: LUZ ANGELA ACOSTA GODOY

IDENTIFICACIÓN: 65738216

DIRECCIÓN: JARDIN DE LOS ABUELOS

TELÉFONO: 3214653180

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: TRABAJADORA SOCIAL

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: DANIEL MENDOZA TRIANA

IDENTIFICACIÓN: 2226526

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 2.226.526
MENDOZA TRIANA
APELLIDOS
DANIEL
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1922
ROVIRA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-OCT-1956 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
A-2900100-01051547-M-0002226526-20181219

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25077620183308

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-07-28	15:58:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino	Cedula de ciudadanía	2226526

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MENDOZA	TRIANA	DANIEL	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cedula de ciudadanía	1234641863

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ESCOBAR	TRUJILLO	GONZALO	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1234641863

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-07-28	Gonzalo Escobar Trujillo C.C. 1.234.641.863 Médico

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2025-07-28 16:24

Código verificación: E1B7-BD08-82B5-ED86

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238342

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduria | Notaria | 03 Consulado | Corregimiento | Insp. de Policia | Código 9560

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

MENDOZA TRIANA DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
C.C. 2226526 de IBAGUE	Masculino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2025 Mes JUL Día 28	15:58	25077620183308

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
X.X.X.X.X.X.X	Año XXXX Mes XXX Día XX

Documento presentado				Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial		Certificado Médico	X	GONZALO ESCOBAR TRUJILLO

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93394476 de IBAGUE	Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes JUL Día 29	BLADIMIRO MOLINA VERGEL

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
65.738.216
ACOSTA GODOY
LUZ ANGELA


FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1967
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
01-OCT-1986 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2900100-00255963-F-0065738216-20100916

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	2226526
NOMBRES	DANIEL
APELLIDOS	MENDOZA TRIANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/12/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/28/2025 17:26:57	**Estación de origen:**	*192.168.70.220*

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

EPICRISIS

CAMA

Nº245168

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

EPICRISIS

CAMA

Nº245168

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
890706833

Fecha Actual : lunes, 28 julio 2025
Página 1/1

ORDEN DE SALIDA
123218

Paciente	2226526	DANIEL MENDOZA TRIANA	**Edad**	103 Años / 5 Meses / 23 Días
Documento	2226526	**Ingreso** 786409	**Sexo**	Masculino
Médico	1234641863	GONZALO ESCOBAR TRUJILLO	**Cama**	
Área	801	FRANCIA - CONSULTA URGENCIAS	**Fec Salida**	28 jul. 2025 04:01 p. m.
Fec Solicitud	28 jul. 2025 04:01 p. m.		**Fec Egreso**	28 jul. 2025 04:56 p. m.

Firma y Código del Solicitante

Vo.Bo. Facturación o Caja

Vo.Bo. Admisiones

Nombre reporte : PCARPOrdenSalida

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

Usuario Id: 38364385

NOTIFICACION

El HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA de Ibague (Tolima), notifica al Servicio Funerario que :

Ha fallecido el Sr (a), identificado con numero: CédulaCiudadania 2226526

con diagnostico CIE10: J960 I

Certificacion de defuncion No: 2507762018330 8 (Causa Base)

Marcapaso: NO

Esta notificación se realiza cumpliendo con los lineamientos del MPS "Orientaciones para el manejo y disposición de cadáveres por covid-19 y el instructivo para la vigilancia en salud pública implementada en relación con el evento agudo asociado al nuevo coronavirus 2019 (covid-19) del instituto nacional de salud.

Profesional:
Cédula de ciudadania - 1234641863 - GONZALO ESCOBAR TRUJILLO
Registro Medico: 1234641863
Especialidad: MEDICO GENERAL

Alcaldía de IBAGUÉ

musicá ibagué capital

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 29 DE JULIO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 29 DE JULIO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: LUZ ANGELA ACOSTA

IDENTIFICACIÓN: 65738216

DIRECCIÓN: JARDIN DE LOS ABUELOS

TELÉFONO: 3214653180

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: TRABAJADORA SOCIAL

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: CALIXTA ORTIZ RONDON

IDENTIFICACIÓN: 28530366

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.530.366
ORTIZ RONDON
APELLIDOS
CALIXTA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1944
LERIDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-MAR-1965 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25077020183847

La información consignada en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-07-29	07:20:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	28530366

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ORTIZ	RONDON	CALIXTA	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1110562261

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MARROQUIN	TRIVIÑO	JHON	JHAWER

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Medico	1110562261

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-07-29	



REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-07-29 08:55

Código verificación: FF9E-17C1-5F0C-8986

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238344

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría | Notaría | Consulado X | Corregimiento | Insp. de Policía | Código 9 5 450

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

ORTIZ RONDON CALIXTA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 28530366 de IBAGUE

Sexo (en letras)

Femenino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción: Año 2025 Mes JUL Día 29 | Hora 07:20 | Número de certificado de defunción 25077020183847

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia: X.X.X.X.X.X.X

Fecha de la sentencia: Año XXXX Mes XXX Día XX

Documento presentado: Autorización judicial [ ] Certificado Médico [X]

Nombre y cargo del funcionario: JHON JAWER MARROQUIN TRIVIÑO

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número)

C.C. 93394476 de IBAGUE

Firma

Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)

Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2025 Mes JUL Día 29

Nombre y firma del funcionario que autoriza

BLADIMIRO MOLINA VEIGEL

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO


65.738.216
ACOSTA CODY
LUZ ANGELA


FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1967
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
F
01-OCT-1986 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 29/07/2025

Ficha: 73001059117930000214S

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CALIXTA

Apellidos: ORTIZ RONDON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28530366

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/11/2023

Última actualización ciudadano: 09/11/2023

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: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	28530366
NOMBRES	CALIXTA
APELLIDOS	ORTIZ RONDON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE *SALUD DEL* REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de *Impresión:*	07/29/2025 *14:06:42*	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

La Aurora Funerales y Capillas Siempre hay un nuevo amanecer	LA AURORA TOLIMA S.A.S. NIT. 900.135.782-6		
	CONTRATO N°	**TITULO**	**FECHA**
	2876 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2024	INFORME IV DE ACTIVIDADES	DEL 14 DE JULIO AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Servicios Autorizados en Agosto

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE DEFUNCIÓN	TIPO DE POBLACIÓN	VALOR
BERTULFO LARGO PESCADOR	13/04/2025	HABITANTE DE CALLE	$ 2.380.000
JOAQUIN EMILIO CRUZ	31/07/2025	HOMBRE	$ 2.380.000
MARILUZ TRIANA TRUJILLO	3/08/2025	VICTIMA	$ 2.380.000
HERNANDO OSORIO DIAZ	2/08/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
CAMPO ELIAS ALAPE	5/08/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
GUILLERMO ANTONIO CLAROS GIRALDO	17/08/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
JUAN CAMILO RENGIFO TRUJILLO	17/08/2025	HOMBRE	$ 2.908.600
BELISARIO VELASCO	19/08/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
DEYANIRA VASQUEZ DE ZAPATA	21/07/2021	EXHUMACION	$ 1.926.950
MARTA CECILIA RENDON	22/08/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
ABSALON PLATA	28/08/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
MERCEDES AVILA CORDOBA	29/08/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
DANIEL CALVACHE CARVAJAL	29/08/2025	VICTIMA DEL CONFLICTO	$ 2.380.000
DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA	31/08/2025	HABITANTE DE CALLE	$ 2.380.000
VALOR TOTAL			**$ 33.395.550**

Alcaldía de
IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 01 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 13 DE ABRIL DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: FRANCISCO JAVIER PESCADOR

IDENTIFICACIÓN: 7554549

DIRECCIÓN: ARMENIA-QUINDIO

TELÉFONO: 3223406713

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: PRIMO

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: BERTULFO LARGO PESCADOR

IDENTIFICACIÓN: 6263203

PROGRAMA: HABITANTE DE CALLE

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Código de verificación
185501165

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
CERTIFICA:

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

Cédula de Ciudadanía:	6.263.203
Fecha de Expedición:	30 DE AGOSTO DE 1985
Lugar de Expedición:	DAGUA - VALLE
A nombre de:	BERTULFO LARGO PESCADOR
Estado:	CANCELADA POR MUERTE
Referencia/Lote:	2125100534
Fecha de Afectación:	5/05/2025

ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 31 de Agosto de 2025

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 1 de agosto de 2025

EDISON QUIÑONES SILVA
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

Para verificar la autenticidad de este certificado consulte (185501165) en la pagina web en la dirección http://www.registraduria.gov.co/ opción "Consultar Certificado"

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25041920090282

238-25

La información consignada en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Area	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCION	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Dia)	HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-04-13	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Numero de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	6263203

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LARGO	PESCADOR	BERTULFO	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
No natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	87454294

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DIAZ	QUINTERO	BRAN	ALFONSO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	87454294

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Dia)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-04-14	

REGISTRO UNICO D AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-04-14 16:34

Código verificación: C277-AD4B-13D6-3D[illegible]



978101082397605

La Aurora
Funerales y Capillas

LA AURORA TOLIMA S.A.S.

NIT: 900.135.782-6

Ibagué 15 de agosto del 2025

Señores
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL IBAGUE

Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de relacionar el certificado de defunción por muerte **NO NATURAL** con su respectiva copia del documento de identidad para trámites pertinentes del registro de defunción

(+) JOSENID MURILLO OSPINA	**FECHA DE DEFUNCION: 2025-07-27**	**CC 5993862**	**CMD 25077620183426**
(+) BERTULFO LARGO PESCADOR	**FECHA DE DEFUNCION: 2025-04-13**	**C.C 6263203**	**CMD 25041920090282**

Gracias por su colaboración

Diego G

DIEGO GONZALEZ
Auxiliar De Servicios
La Aurora Tolima S.A.S

REGISTRADURIA ESPECIAL DE IBAGUÉ
25 AGO 2025
RECIBI:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.554.549

PESCADOR MORALES
APELLIDOS

FRANCISCO JAVIER
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1968
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-JUL-1986 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500108-45158096-M-0007554549-20070424 0149907114A 03 214437462

01/08/2025

Para: Secretaria de Desarrollo Social Comunitario

De: Francisco Javier Pescador Morales

Asunto: Solicitud de ayuda para auxilio funerario.

Yo Francisco Javier Pescador Morales identificado con C.C 7554549 mediante la presente solicito ayuda para poder darle sepultura a mi familiar que se encontraba en condición de calle desde hace muchos años, nuestra familia no cuenta con ingresos para poder costear un auxilio funerario y debido a que mi primo BERTULFO LARGO PESCADOR identificado con C.C 6263203 falleció el 14-04-25 por una riña donde le ocasionaron heridas mortales motivo de mi solicitud.

Agradezco la atención prestada.

Atentamente:

7.554.549

Francisco Javier Pescador Morales

C.C 7554549

3237210687

3223406713

OFICIO No 20460-052-04-52-0184
Ibagué, 31 de mayo de 2025

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Chaparral- Tolima

ASUNTO: ENTREGA DE CADAVER
RAD: 730016000450202500771

De manera respetuosa, por medio de la presente me dirijo a ustedes con el fin de solicitar hacer entrega del cuerpo de quien en vida se identificaba como:

NOMBRES Y APELLIDOS	**Bertulfo Largo Pescador**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**C.C:** 6263203
LUGAR DE EXPEDICIÓN	Dagua-Valle Del Cauca
FECHA DE NACIMIENTO	06/03/1967
LUGAR DE NACIMINETO	Riosucio-Caldas
SEXO	MASCULINO
A LA SEÑORA	**Francisco Javier Pescador Morales**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**C.C.** 7554549
LUGAR DE EXPEDICIÓN	Armenia- Quindío
TELEFONO	3223406713
PARENTESCO	**Primo**

Lo anterior, una vez le sea practicado el experticio técnico de Necropsia, plena identidad y la toma de muestras que sean necesarias.

Se informa que se hace entrega del cadáver **sin autorización de cremación.**

Cordialmente,

EDGAR FERNANDO PRADA RODRIGUEZ
Fiscal 52 Seccional
Unidad de Vida.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

ORGANISMO DE INSPECCIÓN LOFOSCOPIA FORENSE

REGIONAL OCCIDENTE SECCIONAL RISARALDA

PEREIRA

No. Informe. DROC-LOFFO-2025010173001000238-1

PEREIRA-RISARALDA, 2025-04-14

DOCTOR (A).

BRAN ALFONSO DIAZ QUINTERO

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Sitio de Atención: IBAGUE

IBAGUÉ-TOLIMA

Autoridad: FISCALIA 79 LOCAL

Noticia Criminal: 730016000450202500771

No. SIRDEC: 2025010173001000238

Procedencia de la solicitud: Unidad Básica de IBAGUE

Fecha de la solicitud: 2025-04-14

Fecha de recepción en el organismo de inspección: 2025-04-14

Fecha análisis: 2025-04-14

ELEMENTOS RECIBIDOS PARA ESTUDIO:

Tarjeta de Necrodactilia .

Tarjeta de preparación de la Cedula de Ciudadanía.

ESTUDIO SOLICITADO:

IDENTIFICACIÓN POR LOFOSCOPIA.

METODOS EMPLEADOS:

ANÁLISIS DE IMPRESIONES DE ORIGEN LOFOSCOPICO MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO ACE-V, DG-M-PET-121 V4.

El Grupo de Trabajo Europeo de Interpol sobre Identificación de Huellas Dactilares II (GTEIIHD II) ha postulado que la base para la *identificación lofoscópica está constituida por dos axiomas: son únicas y no cambian a lo largo de la vida.* La investigación científica y la práctica extensiva han demostrado que el tejido para estudio lofoscópico, una vez acabado el desarrollo fetal son inmutables de manera natural incluso mucho tiempo después de la muerte, conservando las formas y los detalles de las crestas puesto que su formación es de origen interno (en la capa dérmica de la piel). La unicidad se expresa en las crestas papilares teniendo en cuenta la situación, la dirección y las relaciones de las crestas.

INSTRUMENTOS:

No aplica

INTERPRETACION DE RESULTADOS Y CONCLUSION: El occiso (a) registrado con el NUNC/Acta de inspección a cadáver No. 730016000450202500771 se identifica fehacientemente mediante colejo dactiloscópico con el nombre de BERTULFO LARGO PESCADOR. CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 6263203 expedida en DAGUA-VALLE DEL CAUCA-COLOMBIA con fecha 30/08/1985, *nacido el* 06/03/1967 *en* RIOSUCIO-CALDAS-COLOMBIA.

Observaciones:Ninguna

NODIER GARCIA CASTRO
TECNICO FORENSE

Rev:JAM

El alcance de acreditación no cubre identificación por pulpejos e identificación por muestras latentes.
Para cualquier aclaración o ampliación refiérase al numero de caso.
FIN DEL INFORME PERICIAL

DIVULGACIÓN

No: SIRDEC CASO 20250101730010000238

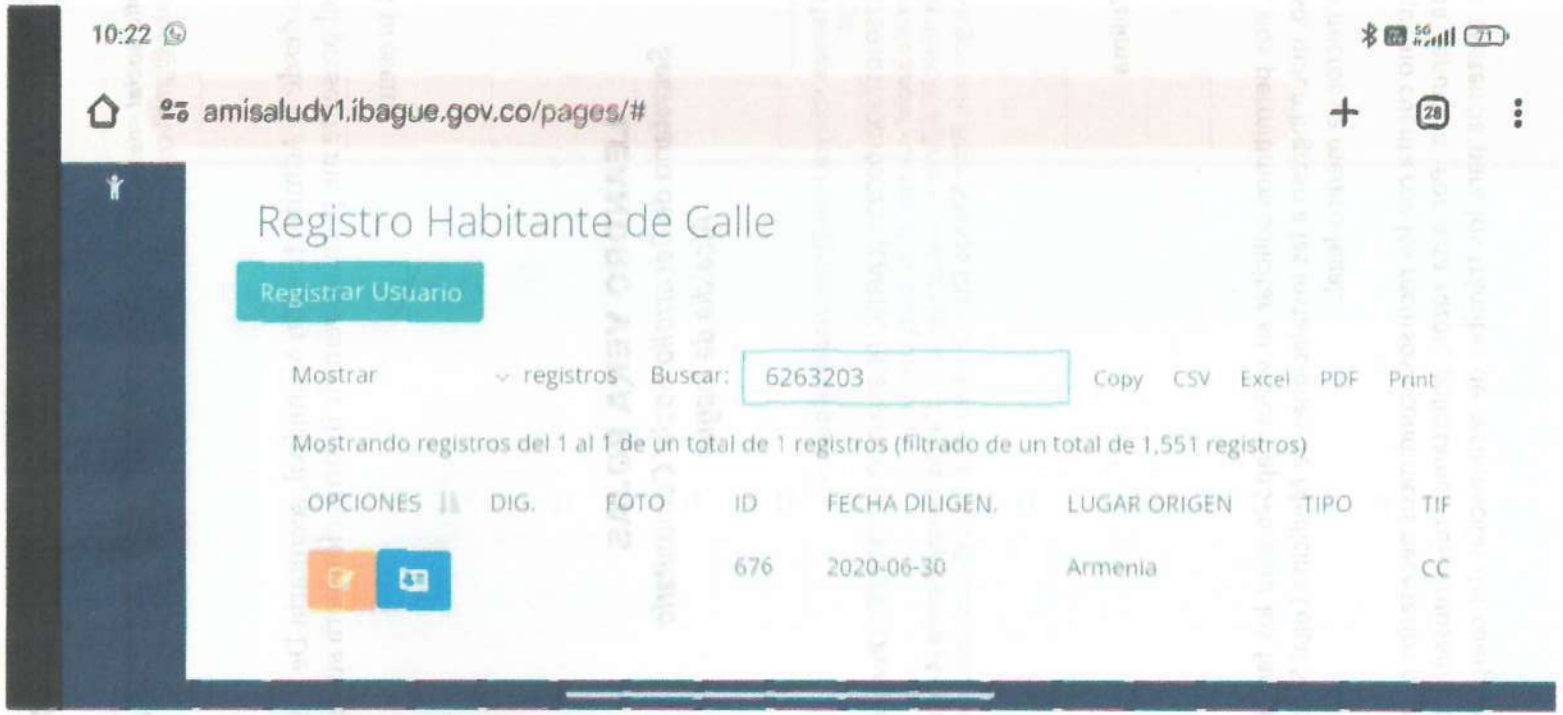


En las Instalaciones del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Seccional Tolima Ibagué, se encuentra el cuerpo de.

NOMBRE: BERTULFO LARGO PESCADOR. CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 6263203 expedida en DAGUA-VALLE DEL CAUCA-COLOMBIA con fecha 30/08/1985, nacido el 06/03/1967 en RIOSUCIO-CALDAS-COLOMBIA. De 58 años. Ingreso al Instituto Nacional de Medicina Legal el dia 14/04/2025. sin que a la fecha ningún familiar se haya acercado a preguntar por el caso.

Se solicita a familiares amigos o conocidos acercarse a nuestro Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Seccional Tolima Ibagué Tolima, en la calle 45 No 8 sur 58 Zona industrial el papayo o comunicarse con los teléfonos 94500-94501, 3174342562, 3227008103.y o a los correos electrónicos dstolima@medicinalegal.gov.co. mayra.rojas@medicinalegal.gov.co

	Nombre, apellido y cargo	Firma	Fecha
Proyectó	Mayra Alexandra Rojas Ramos- Técnico Forense	MR	2025-07-24
Revisó	Mayra Alexandra Rojas Ramos- Técnico Forense	MR	2025-07-24
Aprobó	Mayra Alexandra Rojas Ramos- Técnico Forense	MR	2025-07-24
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma			


10:22
amisaludv1.ibague.gov.co/pages/#
Registro Habitante de Calle
Registrar Usuario
Mostrar registros Buscar: 6263203
Copy CSV Excel PDF Print
Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros (filtrado de un total de 1,551 registros)
OPCIONES DIG. FOTO ID FECHA DILIGEN. LUGAR ORIGEN TIPO TIF
676 2020-06-30 Armenia CC

Gmail

Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

Fwd: Radicado No. 20250101730010000238 (LARGO PESCADOR BERTULFO) Divulgación

Despacho desarrollo desarrollo social <desarrollosocial@ibague.gov.co> 4 de agosto de 2025, 8:30 a.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

LEANDRO VERA ROJAS
Secretario de Desarrollo Social Comunitario
Alcaldía de Ibagué

---------- Forwarded message ---------
De: **Mayra Alexandra Rojas Ramos** <mayra.rojas@medicinalegal.gov.co>
Date: sáb, 2 ago 2025 a las 8:00
Subject: RE: Radicado No. 20250101730010000238 (LARGO PESCADOR BERTULFO) Divulgación
To: **Despacho desarrollo desarrollo social** <desarrollosocial@ibague.gov.co>
Cc: Dirección Seccional Tolima <dstolima@medicinalegal.gov.co>, Sandra Genny Pineda Manjarres <sandra.pineda@medicinalegal.gov.co>, Bran Alfonso Diaz Quintero <bran.diaz@medicinalegal.gov.co>

Señores

Alcaldía Municipal Ibagué Tolima

Cordial saludo:

Por medio de la presente, nos permitimos solicitar su valioso apoyo para los familiares del señor LARGO PESCADOR BERTULFO occiso, quien ingreso a las instalaciones de Medicina Legal Seccional Tolima, donde le fue practicada la respectiva necropsia médico-legal.

La familia ha manifestado que no cuenta con los recursos económicos necesarios para reclamar el cuerpo ni para brindarle una cristiana sepultura. Por esta razón, solicitamos respetuosamente que, dentro de sus posibilidades, se les brinde asistencia para los trámites de reclamación del cuerpo y el proceso funerario correspondiente.

Agradecemos de antemano su atención y colaboración en este difícil momento para la familia.
Teniendo encanta la conversación telefónica aporto documentos como soporte.
Adjunto información de familiares.

Francisco Javier Pescador Morales cc. 7554549.
Contacto 3223406713

Att:

MAYRA ALEXANDRA ROJAS RAMOS
Técnico Forense Seccional Tolima - Regional Sur
GRCIF-DSTO
Tel: (091) 4069944 Ext: 2808
Calle 45 No. 8 Sur - 54 - Zona Industrial El Papayo, Ibagué, Tolima
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

"Aportamos a la justicia en favor a la vida"
La información de este mensaje y sus anexos son propiedad del Instituto Nacional de Medicinal Legal y Ciencias Forenses, es de uso exclusivo de su destinatario intencional y puede contener información de carácter privado o confidencial. Cualquier revisión, retransmisión, divulgación, copia o uso indebido de este documento y/o sus anexos, está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente.

De: Sandra Genny Pineda Manjarres <sandra.pineda@medicinalegal.gov.co>
Enviado: lunes, 28 de julio de 2025 12:16 p. m.
Para: Mayra Alexandra Rojas Ramos <mayra.rojas@medicinalegal.gov.co>
Asunto: RE: Radicado No. 2025010173001000238 (LARGO PESCADOR BERTULFO) Divulgación

Acuso recibido de la información

Gracias

NOTA:
1. Para no perder la trazabilidad del proceso se solicita enviar sus inquietudes y respuestas sobre este tema dando clic en "Responder". Por favor NO genere nuevos correos ni edite el asunto porque crea una nueva cadena. Gracias.

SANDRA GENNY PINEDA MANJARRÉS
Profesional Especializado Forense
Seccional Tolima - Regional Sur
PBX: 6088664518 - Extensión 94502
Calle 45 No. 8-SUR-58 Zona Industrial El papayo - Ibagué, Tolima, Colombia
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

"Aportamos a la justicia en favor de la vida"
La información de este mensaje y sus anexos son propiedad del Instituto Nacional de Medicinal Legal y Ciencias Forenses, es de uso exclusivo de su destinatario intencional y puede contener información de carácter privado o confidencial. Cualquier

revisión, retransmisión, divulgación, copia o uso indebido de este documento y/o sus anexos, está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente.

The information in this message and any attachments is confidential, it is for exclusive use of the person or entity to which it is addressed. If you have received this message in error, you are notified that you are not authorized to review, re-transmit, print out, disseminate, copy or distribute it in partial or total way; please communicate the mistake to the person who sent this message and delete it.

De: Mayra Alexandra Rojas Ramos <mayra.rojas@medicinalegal.gov.co>
Enviado: lunes, 28 de julio de 2025 11:18
Para: Dirección Seccional Tolima <dstolima@medicinalegal.gov.co>; Bran Alfonso Diaz Quintero <bran.diaz@medicinalegal.gov.co>; Sandra Genny Pineda Manjarres <sandra.pineda@medicinalegal.gov.co>
Asunto: RE: Radicado No. 20250101730010000238 (LARGO PESCADOR BERTULFO) Divulgación

Cordial saludo.

El día de hoy hace presencia en las Instalaciones de Medicina Legal el señor FRANCISCO JAVIER PESCADOR MORALES identificado con cédula No 7.554.549. Quien manifiesta ser primo del señor LARGO PESCADOR BERTULFO. Que vive en la ciudad de Ibagué e indica que ".. un hermano le informo que por redes sociales se entero que se buscaba familiares del señor **LARGO PESCADOR BERTULFO"...**

El señor FRANCISCO. Manifiesta que por el momento no cuenta con servicio funeraria, que se va a desplazar hasta la alcaldía de Ibagué "para solicitar apoyo económico para poder dar cristiana sepultura a su familia" ...

Datos familiares: FRANCISCO JAVIER PESCADOR MORALES (Primo) identificado con cédula No 7.554.549.

Número de teléfono: 3223406713- 3237210687.

Por favor Dr Bran Alfonso Diaz, confirmar que la identificación, certificado de defunción, cadena de custodia se encuentren en transcripción de patología, y la identificación haya sido enviada a la autoridad.

Para poder entregar el cuerpo en cualquier momento.

Att:
MAYRA ALEXANDRA ROJAS RAMOS
Técnico Forense Seccional Tolima - Regional Sur
GRCIF-DSTO
Tel: (091) 4069944 Ext: 2808
Calle 45 No. 8 Sur - 54 - Zona Industrial El Papayo, Ibagué, Tolima
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

"Aportamos a la justicia en favor a la vida"
La información de este mensaje y sus anexos son propiedad del Instituto Nacional de Medicinal Legal y Ciencias Forenses, es de uso exclusivo de su destinatario intencional y puede contener información de carácter privado o confidencial. Cualquier revisión, retransmisión, divulgación, copia o uso indebido de este

documento y/o sus anexos, está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente.

De: Mayra Alexandra Rojas Ramos <mayra.rojas@medicinalegal.gov.co>
Enviado: jueves, 24 de julio de 2025 12:33 p. m.
Para: Dirección Seccional Tolima <dstolima@medicinalegal.gov.co>; Bran Alfonso Diaz Quintero <bran.diaz@medicinalegal.gov.co>; Sandra Genny Pineda Manjarres <sandra.pineda@medicinalegal.gov.co>
Asunto: RE: Radicado No. 20250101730010000238 (LARGO PESCADOR BERTULFO) Divulgación

Cordial saludo.

El día de hoy se realizó llamada telefónica al número telefónico que se aporta en la TARJETA DECADACTILAR. se obtuvo comunicación con el señor LEONARDO FABIO CASTAÑEDA, quien manifiesta ""ser familiar (tío) del señor LARGO PESCADOR BERTULFO". A quien se le informa sobre el fallecimiento de su familiar. ""..el sr LEONARDO indica que por el momento no cuentan con servicio de funerario, que se va a poner en contacto con más familiares para reunir dinero para su traslado y solicitar apoyo a la alcaldía de Armenia para poder trasladar el cuerpo a la ciudad de Armenia. ""

Dicha búsqueda queda registrada en seguimiento del caso. .
Att:

MAYRA ALEXANDRA ROJAS RAMOS
Técnico Forense Seccional Tolima - Regional Sur
GRCIF-DSTO
Tel: (091) 4069944 Ext: 2808
Calle 45 No. 8 Sur - 54 - Zona Industrial El Papayo, Ibagué, Tolima
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

"Aportamos a la justicia en favor a la vida"
La información de este mensaje y sus anexos son propiedad del Instituto Nacional de Medicinal Legal y Ciencias Forenses, es de uso exclusivo de su destinatario intencional y puede contener información de carácter privado o confidencial. Cualquier revisión, retransmisión, divulgación, copia o uso indebido de este documento y/o sus anexos, está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente.

De: Mayra Alexandra Rojas Ramos <mayra.rojas@medicinalegal.gov.co>
Enviado: jueves, 24 de julio de 2025 12:02 p. m.

Para: contactenos@riosucio-caldas.gov.co <contactenos@riosucio-caldas.gov.co>; alcaldia@riosucio-caldas.gov.co <alcaldia@riosucio-caldas.gov.co>; servicioalcliente@armenia.gov.co <servicioalcliente@armenia.gov.co>; notificacionesjudiciales@armenia.gov.co <notificacionesjudiciales@armenia.gov.co>
Cc: Dirección Seccional Tolima <dstolima@medicinalegal.gov.co>; Sandra Genny Pineda Manjarres <sandra.pineda@medicinalegal.gov.co>; Bran Alfonso Diaz Quintero <bran.diaz@medicinalegal.gov.co>
Asunto: Radicado No. 2025010173001000238 (LARGO PESCADOR BERTULFO) Divulgación

Cordial Saludo.

Acudo a sus buenos oficios y su valiosa cooperación en la **divulgación**, sobre la identificación de un cadáver, que actualmente se encuentra sin reclamar en las Instalaciones del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Seccional Tolima Ibagué, se encuentra el cuerpo de:

NOMBRE: BERTULFO LARGO PESCADOR. CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 6263203 expedida en DAGUA-VALLE DEL CAUCA-COLOMBIA con fecha 30/08/1985, nacido el 06/03/1967 en RIOSUCIO-CALDAS-COLOMBIA. De 58 años. Ingreso al Instituto Nacional de Medicina Legal el día 14/04/2025. sin que a la fecha ningún familiar se haya acercado a preguntar por el caso.

Se solicita a familiares amigos o conocidos acercarse a nuestro Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Seccional Tolima Ibagué Tolima, en la calle 45 No 8 sur 58 Zona industrial el papayo o comunicarse con los teléfonos 94500-94501, 3174342562, 3227008103.y o a los correos electrónicos dstolima@medicinalegal.gov.co. mayra.rojas@medicinalegal.gov.co

Adjunta oficio para apoyar la búsqueda.

Att:
MAYRA ALEXANDRA ROJAS RAMOS
Técnico Forense Seccional Tolima - Regional Sur
GRCIF-DSTO
Tel: (091) 4069944 Ext: 2808
Calle 45 No. 8 Sur - 54 - Zona Industrial El Papayo, Ibagué, Tolima
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

"Aportamos a la justicia en favor a la vida"

La información de este mensaje y sus anexos son propiedad del Instituto Nacional de Medicinal Legal y Ciencias Forenses, es de uso exclusivo de su destinatario intencional y puede contener información de carácter privado o confidencial. Cualquier revisión, retransmisión, divulgación, copia o uso indebido de este documento y/o sus anexos, está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente.

MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

2 archivos adjuntos



LAGO PESCADOR- 2025010173001000238.jpg
893K

CASO BERTULFO LARGO PESCADOR-238-2025.pdf
149K

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 01 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 31 DE JULIO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: EDNA SOFIA CRUZ GONZALEZ

IDENTIFICACIÓN: 38362756

DIRECCIÓN: SECTOR 3 CASA 8 B/ FLORIDA LA VARIANTE

TELÉFONO: 3219248424

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: SOBRINA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: JOAQUIN EMILIO CRUZ

IDENTIFICACIÓN: 93359115

PROGRAMA: HOMBRE

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 93.359.115
CRUZ
JOAQUIN EMILIO
COL
1.59
M
07 NOV 1964
O+
PALMIRA (VALLE)
24 ENE 1983, IBAGU
05 MAYO 2033


.CO
021086476
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL021086476229001<<<<<<<<<<4
6411079M3305050COL93359115<<<4
CRUZ<<JOAQUIN<EMILIO<<<<<<<<<<

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25081120186712

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

5 09 25

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Area	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Dia)	HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-07-31	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	(Numero de documento)
Masculino	Cédula de ciudadania	93359115

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CRUZ		JOAQUIN	EMILIO

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	(¿A cuál pueblo indígena pertenece?)
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

(Tipo de documento)	(Numero de documento)
Cédula de ciudadania	7166043

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DUARTE	ARIAS	WALTER	ANATOLIO

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	7166043

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUE

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Dia)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION
2025-08-01	

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de Impresión: 2025-08-01 12:46

Código verificación: 9333-F2B6-7CDE-B9C6

978101082357911

FISCALIA

730016000450202501677
Oficina No 61264

Ibague,02 DE AGOSTO DE 2025

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL
Y CIENCIAS FORENSES
Ciudad

ASUNTO: ENTREGA CADAVER

Comedidamente les solicito sea entregado el cadaver de quien en vida respondia al nombre de

NOMBRES Y APELLIDOS	**JOAQUIN EMILIO CRUZ**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC 93.359.115
LUGAR DE EXPEDICION	IBAGUE-TOLIMA
FECHA DE NACIMIENTO	24/01/1983
LUGAR DE NACIMIENTO	PALMIRA-VALLE DEL CAUCA
SEXO	MASCULINO
AL SEÑOR (A)	**EDNA SOFIA CRUZ GONZALEZ**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC 38.362.756
EXPEDIDA EN	IBAGUE-TOLIMA
RESIDENCIA	SECTOR 3 CASA 8 B/ LA FLORIDA VARIANTE
TELEFONO	3219248424
PARENTESCO	SOBRINA

Le practicó inspección técnica a cadaver, el dia **01 de Agosto del 2025.** Se hace entrega del cuerpo **sin autorización de cremación**

Cordialmente,

Firma del Fiscal que emite la orden
MAGDALENA RAMIREZ PEREZ
FISCAL 79 LOCAL
URI


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
38.362.756
CRUZ GONZALEZ
EDNA SOFIA


FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1983
IBAGUE
(TOLIMA)
1.56
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
05-ABR-2002 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	93359115
NOMBRES	JOAQUIN EMILIO
APELLIDOS	CRUZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión:	08/02/2025 11:31:22	Estación de origen:	192.168.70.220

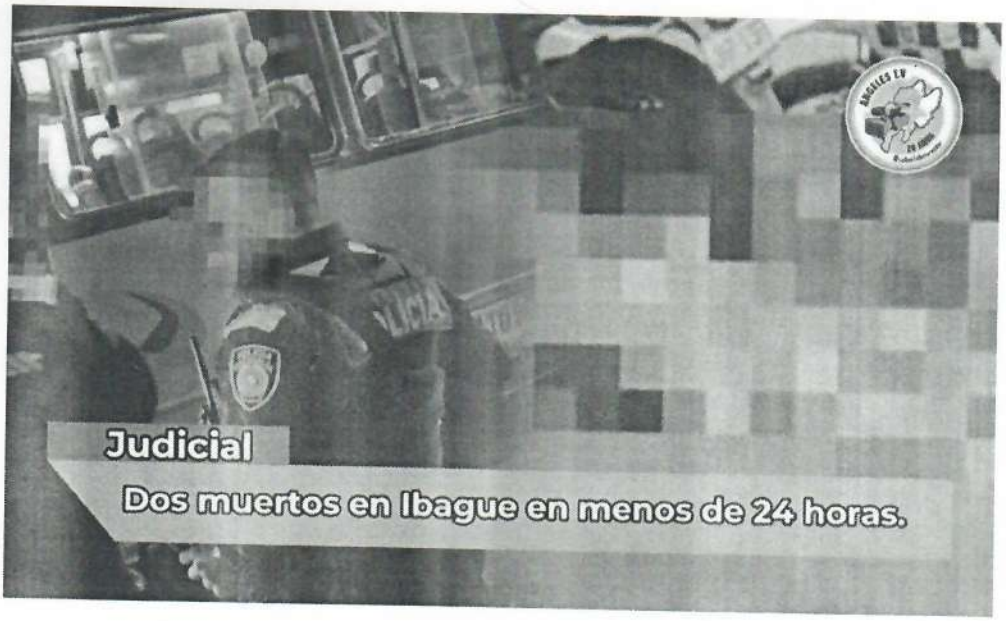
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Judicial Principal

Dos muertes conmocionan a Ibagué en menos de 24 horas: una en buseta de transporte público y otra en accidente vial

La ciudad de Ibagué vivió dos trágicos episodios en menos de 24 horas que dejaron como saldo la muerte de un hombre al interior de una buseta y una mujer en un accidente de tránsito al sur de la capital tolimense. Las autoridades ya investigan ambos casos.

agosto 1, 2025



La ciudad de Ibagué vivió dos trágicos episodios en menos de 24 horas que dejaron como saldo la muerte de un hombre al interior de una buseta y una mujer en un accidente de tránsito al sur de la capital tolimense. Las autoridades ya investigan ambos casos.

Murió dentro de una buseta en plena vía pública

El primer hecho ocurrió en la noche del jueves 31 de julio cuando un pasajero perdió la vida repentinamente mientras se movilizaba en una buseta de la ruta 39, de la empresa Cotrautol. El hecho tuvo lugar sobre la calle 36 con carrera Quinta, una de las zonas más transitadas de la ciudad.

La víctima fue identificada como Joaquín Emilio Cruz, un hombre de aproximadamente 60 años, natural de Palmira (Valle del Cauca), pero residente en Ibagué desde hacía varios años. Según testigos, don Joaquín sufrió una aparente convulsión y colapsó en su asiento. Aunque algunos pasajeros intentaron auxiliarlo, falleció en cuestión de minutos, presuntamente por un infarto fulminante.

Unidades de criminalística de la Policía Metropolitana llegaron al lugar hacia las 10:00 de la noche para realizar el levantamiento del cuerpo e iniciar las diligencias de rigor. Joaquín Emilio era reconocido en barrios como La Estación y San Pedro Alejandrino, donde realizaba oficios varios y ayudaba a comerciantes del sector de la calle 20.

Se espera que Medicina Legal confirme la causa exacta de su muerte y que sus familiares en Palmira puedan ser contactados.

Trágico accidente frente a Comfenalco, en Picaleña

El segundo hecho se presentó en horas recientes frente al centro recreacional Comfenalco, a la altura del sector de Picaleña, donde una mujer perdió la vida en un aparatoso accidente de tránsito.

Aunque aún no se conocen mayores detalles del siniestro, testigos informaron que la víctima fue arrollada por un vehículo en circunstancias que son materia de investigación. El impacto fue tan fuerte que, lamentablemente, la mujer falleció en el lugar de los hechos.

Al sitio llegaron unidades de la Policía de Tránsito y organismos de emergencia para atender la situación y realizar los procedimientos correspondientes.

Autoridades piden prudencia y respeto por la vida

Ambos casos han generado consternación en la ciudadanía. Las autoridades locales hicieron un llamado a la comunidad para actuar con prudencia en las vías y estar atentos ante cualquier señal de alerta en espacios públicos, así como a respetar los protocolos de seguridad y atención oportuna.

Deja tu comentario

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 04 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 03 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: LUZ MILENA VARON ROJAS

IDENTIFICACIÓN: 28798653

DIRECCIÓN: CAÑON DEL COMBEIMA

TELÉFONO: 3118402432

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: CUÑADA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: MARILUZ TRIANA TRUJILLO

IDENTIFICACIÓN: 28798277

PROGRAMA: VICTIMA

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **28.798.277**

TRIANA TRUJILLO

APELLIDOS

MARILUZ

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-SEP-1969**

VENADILLO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-JUN-1997 LERIDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2900100-01051963-F-0028798277-20181218 **00637**23455A 2 6365176813

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25087920188743

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN			
País: **COLOMBIA**	Departamento: **TOLIMA**	Municipio: **IBAGUÉ**	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
Área: **Cabecera Municipal**		Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)	
TIPO DE DEFUNCIÓN	**FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN** Año - Mes - Día: **2025-08-03**		**HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN** Hora - Minutos: **21:32:00**
No fetal			
SEXO DEL FALLECIDO	**IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO** *Tipo de documento*: **Cédula de ciudadanía**		Número de documento: **28798277**
Femenino			
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido: **TRIANA**	Segundo apellido: **TRUJILLO**	Primer nombre: **MARILUZ**	Segundo nombre:
PROBABLE MANERA DE MUERTE	**DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO**		
Natural	Pertenencia étnica: **Ninguno de los anteriores**	¿A cuál pueblo indígena pertenece?	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR			
Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**		Número de documento: **1106396939**	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido: **usecha**	Segundo apellido: **polania**	Primer nombre: **javier**	Segundo nombre: **augusto**
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN		**REGISTRO PROFESIONAL**	
Médico		**SSO**	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO			
Departamento: **TOLIMA**		Municipio: **IBAGUÉ**	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día: **2025-08-03**		**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN**	

1.106.396.939

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-08-03 22:45

Código verificación: CAA9-3A7D-8175-6ADA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238347

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduria | Notaria 03 | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policia | Código 7 5 50

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

TRIANA TRUJILLO MARILUZ

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
C.C. 28798277 de LERIDA	Femenino

Datos de la defunción

Lugar de la Defuncion: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defuncion
Año 2025 Mes AGO Dia 03	21:32	25087920188743

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
X.X.X.X.X.X.X	Año XXXX Mes XXX Dia XX

Documento presentado		Nombre y cargo del funcionario
Autorizacion judicial [ ]	Certificado Médico [X]	JAVIER AUGUSTO USECHE POLANIA

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93394476 de IBAGUE	Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes AGO Dia 05	Estefania Molina Barreto

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Casama S.A.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.798.653

VARON ROJAS
APELLIDOS

LUZ MILENA
NOMBRES

Luz Milena Varón Rojas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ABR-1981
LERIDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-ENE-2000 LERIDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2900100-63137492-F-0028798653-20050915 00656 05258N 02 177529402

Luz
28798653.
Luz Milena Varón Rojas
casada.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta:

Ficha:

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARILUZ

Apellidos: TRIANA TRUJILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28798277

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano:

Última actualización via registros administrativos:

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

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	28798277
NOMBRES	MARILUZ
APELLIDOS	TRIANA TRUJILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS *S.A.S. -CM*	SUBSIDIADO	17/03/2022	09/08/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/04/2025 08:50:44	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

Documento firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2364 de 2012

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Unidad para las Víctimas

F-GAP-018-GAR
Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: 2024-0331956-1
Fecha: 04/03/2024 09:12:54 AM

Bogotá D.C. 4 de marzo de 2024

Señor(a): JOSE FERNANDO VARON ROJAS

PERSONERIA IBAGUE, TOLIMA

Asunto: Resultado no favorable para la entrega de la medida indemnizatoria por aplicación del Método Técnico de Priorización

En el procedimiento para reconocer y otorgar la medida de indemnización administrativa, adoptado mediante la Resolución 1049 de 2019, se estableció en el artículo 14 que en el caso que proceda el reconocimiento de la indemnización y la víctima no haya acreditado alguna de las situaciones de urgencia manifiesta o extrema vulnerabilidad, el orden de priorización para la entrega de la medida se definirá a través de la aplicación del Método Técnico de Priorización, atendiendo siempre a la disponibilidad presupuestal con la que cuente la Unidad para las Víctimas [en adelante la Unidad].

En ese orden de ideas, la Unidad, mediante Resolución No 04102019-820663 del 19 de noviembre de 2020, decidió la solicitud de indemnización administrativa con radicado 418028-2051942, reconociendo el derecho a la medida por el hecho victimizante de DESPLAZAMIENTO FORZADO, a la(s) persona(s) que se describe(n) a continuación y, a su vez, ordenó dar aplicación al Método Técnico de Priorización para determinar el orden del desembolso de la medida, de manera proporcional a los recursos apropiados en la respectiva vigencia fiscal, ya que, para la fecha del reconocimiento, no se acreditó una de las situaciones descritas como de urgencia manifiesta o extrema vulnerabilidad para priorizar la entrega.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR	PORCENTAJE DE LOS SALARIOS RECONOCIDOS
MARILUZ TRIANA TRUJILLO	CEDULA DE CIUDADANIA	28798277	ESPOSO(A)	11.11
ALBA LUCIA VARON TRIANA	CEDULA DE CIUDADANIA	1007650254	HIJO(A)	11.11
JOSE EDILBER VARON TRIANA	CEDULA DE CIUDADANIA	1007650250	HIJO(A)	11.11
CARLOS ANDRES OLIVEROS VARON	TARJETA DE IDENTIDAD	1109386233	NIETO(A)	11.11
NICOLAS BEJARANO VARON	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	1109387582	NIETO(A)	11.11
VIVIANA MARCELA VARON TRIANA	CEDULA DE CIUDADANIA	1007650223	HIJO(A)	11.11
EDILSON FERNANDO VARON TRIANA	CEDULA DE CIUDADANIA	1109382689	HIJO(A)	11.11
JOSE FERNANDO VARON ROJAS	CEDULA DE CIUDADANIA	93180058	JEFE(A) DE HOGAR	11.11
JUAN SEBASTIAN CASTAÑEDA VARON	TARJETA DE IDENTIDAD	1109383752	NIETO(A)	11.12

De acuerdo con lo dispuesto en el anexo técnico que hace parte integral de la Resolución [illegible]

apropiados en la respectiva vigencia fiscal.

Es importante resaltar que, con la aplicación del Método Técnico, se asegura, que pese al elevado número de víctimas que se encuentran pendientes de recibir la indemnización administrativa, se pueda establecer un orden de acceso a esta de una forma objetiva e imparcial, permitiendo materializar el principio de igualdad y de atención diferencial a las víctimas.

Es así como en el proceso técnico que se ejecutó el 25 de agosto de 2023, se realizó la valoración de los componentes demográficos, socioeconómicos, de caracterización del daño y de avance en el proceso de reparación integral, y en cada uno se ponderaron las siguientes variables:

COMPONENTE	VARIABLE	PUNTUACIÓN
Demográfico	Pertenencia étnica	4.17
	Jefatura única de hogar	4.17
	Persona con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas	4.17
	Edad (0 a 67 años)	4.17
	Discapacidad Identificada en registros administrativos (Autorreconocimiento)	4.17
	Enfermedad acreditada en registros administrativos, diferente a huérfana, ruinosa, catastrófica o de alto costo	4.17
Estabilización Socioeconómica	Medición de SSV	12.50
	Medición de carencias SM	12.50
Características del Hecho Victimizante	Multiplicidad de eventos o siniestros	8.33
	Antigüedad en el tiempo de ocurrencia del hecho	8.33
	Antigüedad en la Fecha de Declaración	8.33
Avance en ruta de reparación	Persona que se le reconoció el derecho a la indemnización y no fue priorizada en vigencia anterior.	6.25
	Avance en las medidas de reparación	6.25
	Sentencia tierras	6.25
	Víctimas con acompañamiento en retorno o reubicación	6.25
Total máximo puntaje a obtener		100

De acuerdo con el resultado de la ponderación de las variables mencionadas y atendiendo al presupuesto asignado para solicitudes de la ruta general, se determinó el número de personas que se indemnizarán en la presente vigencia. Al respecto, la estimación del presupuesto para la entrega de la medida como resultado del Método Técnico de Priorización se realizó atendiendo al número de víctimas que han acreditado los criterios de urgencia manifiesta o extrema vulnerabilidad y a los compromisos adquiridos de acciones constitucionales.

Así las cosas, luego de haber efectuado este proceso técnico, se concluyó que en atención a la disponibilidad presupuestal con la que cuenta la Unidad y al orden definido por la ponderación de cada una de las variables descritas, NO es procedente materializar la entrega de la medida indemnizatoria respecto de (de los) integrante(s) relacionado(s) en la solicitud con radicado 418028-2051942, por el hecho victimizante de DESPLAZAMIENTO FORZADO.

Lo anterior, debido a que la ponderación de los componentes arrojó como resultado el valor de 24.41478 como se muestra a continuación, y el puntaje mínimo para acceder a la medida indemnizatoria fue de 38.9898 :

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Unidad para las Víctimas

						RAPARACIÓN		
MARILUZ TRIANA TRUJILLO	CEDULA DE CIUDADANIA	28798277	0.75	0	13.9643	7.2916	22.0059	24.41478
ALBA LUCIA VARON TRIANA	CEDULA DE CIUDADANIA	1007650254	0.25	0	11.8818	10.4166	22.5484	24.41478
JOSE EDILBER VARON TRIANA	CEDULA DE CIUDADANIA	1007650250	0.25	0	11.8818	10.4166	22.5484	24.41478
CARLOS ANDRES OLIVEROS VARON	TARJETA DE IDENTIDAD	1109386233	1	9.375	7.7168	10.4166	28.5084	24.41478
NICOLAS BEJARANO VARON	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	1109387582	1	6.25	7.7168	10.4166	25.3834	24.41478
VIVIANA MARCELA VARON TRIANA	CEDULA DE CIUDADANIA	1007650223	0.25	3.125	11.8818	10.4166	25.6734	24.41478
EDILSON FERNANDO VARON TRIANA	CEDULA DE CIUDADANIA	1109382689	0.25	0	11.8818	10.4166	22.5484	24.41478
JOSE FERNANDO VARON ROJAS	CEDULA DE CIUDADANIA	93180058	0.75	0	11.8818	10.4166	23.0484	24.41478
JUAN SEBASTIAN CASTAÑEDA VARON	TARJETA DE IDENTIDAD	1109383752	5.17	0	11.8818	10.4166	27.4684	24.41478

Tenga en cuenta que el número de victimas que podrán ser indemnizadas en esta vigencia depende de la disponibilidad presupuestal de la Unidad. Por ello es posible que existan solicitudes que, aunque hayan alcanzado el puntaje mínimo, el presupuesto asignado no permita la entrega de los recursos. En caso de solicitudes que obtuvieron el mismo puntaje, la favorabilidad se determinó teniendo en cuenta la fecha de la radicación de la solicitud en el aplicativo Indemniza, como lo indica el Manual del Método Técnico

Es oportuno indicar que, dentro de la aplicación de este proceso, se tuvo en cuenta las siguientes fuentes de información:

1. Fuentes de información del Modelo Integrado, que es una estrategia que unifica la información de las víctimas en los contextos de persona, conformación de grupos familiares, ubicación, contacto, caracterización, temáticas de atención y acceso a la oferta.
2. La medición de la Superación de la Situación de Vulnerabilidad.
3. Procedimiento de identificación de Carencias en Subsistencia Mínima -SM.
4. El Registro Único de Victimas.
5. El sistema de información Indemniza.
6. Modelo de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas – MARIV.
7. La información de la Unidad de Restitución de Tierras - URT. Agencia Nacional de Tierras.
8. La información de la Estrategia especial de acompañamiento UARIV. Familias en su tierra (FEST) - DPS.

En ese orden de ideas, la Unidad no desconoce los derechos de la(s) víctima(s) relacionada(s) en la presente solicitud, por el contrario, reconoció su derecho a ser indemnizada(s). Sin embargo, la entidad ha manifestado en varios escenarios su imposibilidad de indemnizar a todas las víctimas en un mismo momento, por lo que a través de la Resolución 1049 de 2019, además de los criterios de urgencia manifiesta o extrema vulnerabilidad,

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Unidad para las Víctimas

Firmado por: Sandra Viviana Alfaro Yara 2024/03/04 09:12:57 201

puesto que, en ningún caso, el resultado obtenido es acumulado para el siguiente año.

Cabe resaltar que, si se llegara a contar con uno de los tres criterios de urgencia manifiesta o extrema vulnerabilidad contenidos en los artículos 4 de la Resolución 1049 de 2019 y 1 de la Resolución 582 de 26 de abril de 2021, podrá adjuntar en cualquier tiempo la certificación y/o documentos necesarios con los requisitos establecidos, para priorizar la entrega de la medida.

En el mismo sentido, es importante señalar que en virtud de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 14 de la Resolución 1049 de 2019, que indica: "(...) Para las solicitudes generales, la entrega de una segunda indemnización por otro hecho estará sujeta a que se haya entregado la medida a todas las víctimas al menos una vez. (...)", a las personas que han recibido una indemnización con anterioridad no se les realizará un desembolso adicional por otro hecho, debido a que el pago de una segunda indemnización dependerá de que todas las víctimas hayan recibido la indemnización al menos en una oportunidad o acrediten alguna de las situaciones de urgencia manifiesta o extrema vulnerabilidad de las establecidas en el artículo 4 de la Resolución 1049 de 2019.

Finalmente, vale la pena manifestar que el procedimiento establecido hace parte de los ingentes esfuerzos realizados históricamente en materia fiscal para compensar económicamente a todas víctimas del conflicto armado interno. De allí que el cometido primordial es indemnizar a aquellas víctimas que por diversas situaciones presentan una vulnerabilidad mayor, toda vez que es imposible indemnizar a todas las víctimas en una misma unidad de tiempo. De igual forma, el sistema de priorización se encuentra acorde con lo mencionado en el Auto 206 de 2017, emitido por la Corte Constitucional, en el que determinó los criterios de priorización que se debían implementar para el pago de la medida de indemnización administrativa y que debían enfocarse en primera medida en aquellas víctimas inmersas en circunstancias de extrema vulnerabilidad o urgencia manifiesta, en el entendido que, si bien la población víctima de conflicto armado en su totalidad es vulnerable, existen personas que presentan un grado mayor de vulnerabilidad tales como los adultos mayores, las personas con discapacidad o las víctimas con enfermedades gravosas o ruinosas

De esta forma, respondemos de fondo a su solicitud.

Cordialmente

SANDRA VIVIANA ALFARO YARA
Directora Técnica de Reparación
Unidad para las víctimas

IBAGUE TOLIMA, 4 AGOSTO 2025

SEÑORES:

SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

ASUNTO: SERVICIO DE FUNERARIOS

YO LUZ MILENA VARON ROJAS IDENTIFICADA CON NUMERO CC. 28.798.653 DE LERIDA TOLIMA, SOLICITO ALA ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE EL SERVICIO FUNERARIO DE MI CUÑADA MARI LUZ TRIANA TRUJILLO IDENTIFICADA CON LA CC. 28.798.277 DE LERIDA TOLIMA, DESPLAZADA DEL MUNICIPIO DE LERIDA, YA QUE NO ESTAMOS CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA CUBRIR LOS GASTOS FUNERIOS.

POPR SU ATENCION PRESTADA EN ESTOS MOMENTOS TAN DIFICILES.

ATENTAMENTE;



LUZ MILENA VARON ROJAS

CC. 28.798.653

CEL: 3118402432 - 3337214260

Gmail **Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>**

Fwd: Solicitud de gastos funerarios mariluz triana trujillo

Despacho desarrollo desarrollo social <desarrollosocial@ibague.gov.co> 4 de agosto de 2025, 2:37 p.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

LEANDRO VERA ROJAS
Secretario de Desarrollo Social Comunitario
Alcaldía de Ibagué

---------- Forwarded message ---------
De: Edilson fernando Varon triana <edilsonfernandovarontriana@gmail.com>
Date: lun, 4 ago 2025 a las 12:17
Subject: Solicitud de gastos funerarios mariluz triana trujillo
To: desarrollosocial@ibague.gov.co <desarrollosocial@ibague.gov.co>

6 archivos adjuntos



IMG-20250804-WA0026.jpg
99K

CamScanner 04-08-2025 11.45.pdf
896K

CamScanner 04-08-2025 11.42.pdf
874K

CamScanner 04-08-2025 11.46.pdf
258K

CamScanner 04-08-2025 07.43.pdf
637K

CamScanner 04-08-2025 11.50.pdf
2694K

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 04 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 02 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: OLGA LUCIA OSORIO DIAZ

IDENTIFICACIÓN: 65736727

DIRECCIÓN: CALLE 38 4B-29 MAGISTERIO

TELÉFONO: 3003175683

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: HERMANA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: HERNANDO OSORIO DIAZ

IDENTIFICACIÓN: 6006635

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Código de verificación
445294141

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICA:

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

Cédula de Ciudadanía:	6.006.635
Fecha de Expedición:	10 DE FEBRERO DE 1971
Lugar de Expedición:	CAJAMARCA - TOLIMA
A nombre de:	HERNANDO OSORIO DIAZ
Estado:	VIGENTE

COLOMBIANO DE ORO
LEY 1091 DE 2006

ESTA CERTIFICACIÒN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÒN
LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 03 de Septiembre de 2025

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 4 de agosto de 2025

EDISON QUIÑONES SILVA
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25081720189231

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCION País: COLOMBIA	Departamento: TOLIMA	Municipio: IBAGUÉ	
AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION Area: Cabecera Municipal		Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío):	
TIPO DE DEFUNCION: No fetal	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Dia: 2025-08-02	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos: 21:59:00	
SEXO DEL FALLECIDO: Masculino	IDENTIFICACION DEL FALLECIDO Tipo de documento: Cédula de ciudadanía	Número de documento: 6006635	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido: OSORIO	Segundo apellido: DIAZ	Primer nombre: HERNANDO	Segundo nombre:
PROBABLE MANERA DE MUERTE: Natural	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores	¿A cual pueblo indígena pertenece?	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR Tipo de documento: Cédula de ciudadanía		Número de documento: 93402781	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR Primer apellido: Ovalle	Segundo apellido: Novoa	Primer nombre: Juan	Segundo nombre: Carlos
PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico		REGISTRO PROFESIONAL: 73649/2004	
LUGAR DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO Departamento: TOLIMA		Municipio: IBAGUÉ	
FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO Año - Mes - Dia: 2025-08-04		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION	

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresion: 2025-08-04 11:28

Código verificación: 1E8A-B6DB-2757-F2D5

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238348

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduria | Notaria | 03 | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policia | Codigo 9540

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

OSORIO DIAZ HERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
C.C. 6006635 de CAJAMARCA	Masculino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defuncion
Año 2025 Mes ABO Dia 02	21:59	2508172018923 1

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
X.X.X.X.X.X.X	Año XXXX Mes XXX Dia XX

Documento presentado			Nombre y cargo del funcionario
Autorizacion judicial		Certificado Médico	X	JUAN CARLOS OVALLE NOVOA

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93394476 de IBAGUE	Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes ABO Dia 05	Estefania Molina Barreto

ESPACIO PARA NOTAS

Cadena s.a.





Olga Lucia Osorio D.
cc 65736727
calle 38 4B-29 Magisterio
3003175683
Hermana

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	6006635
NOMBRES	HERNANDO
APELLIDOS	OSORIO DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/04/2025 14:01:13	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Gmail **Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>**

Fwd: SOLICITUD AUXILIOS FUNERARIOS PACIENTE HERNANDO OSORIO DIAZ CC 6006635

Despacho desarrollo desarrollo social <desarrollosocial@ibague.gov.co> 4 de agosto de 2025, 2:36 p.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

LEANDRO VERA ROJAS
Secretario de Desarrollo Social Comunitario
Alcaldía de Ibagué

---------- Forwarded message ---------
De: **Angelica Romero** <atencion.usuarios@hflleras.gov.co>
Date: lun, 4 ago 2025 a las 14:26
Subject: SOLICITUD AUXILIOS FUNERARIOS PACIENTE HERNANDO OSORIO DIAZ CC 6006635
To: Despacho desarrollo Social comunitario <Desarrollosocial@ibague.gov.co>

Buenas tardes, mediante la presente solicito su amable colaboracion con apoyo para los auxilios funerarios del paciente HERNANDO OSORIO DIAZ CC 6006635 quien se encontraba en condición de calle, con red de apoyo familiar de escasos recursos económicos, adjunto soportes. Cabe resaltar que el cuerpo se encuentra en la morgue de la sede La Francia

Agradezco de antemano la atencion prestada y espero su pronta respuesta

quedo atenta, gracias

ANGELICA ROMERO MÉNDEZ
Profesional universitario Atención al Usuario
Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E III
2739805-2739806 Ext 307



EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Documento: 03/08/25 01:14:37 **Fecha Ingreso:** 02/08/25 16:56:24 **Fecha egreso:** 03/08/25 01:14:37 **CAMA:**

Ingreso: 787890 **Confirmado** **Estado Paciente: VIVO**

Informacion Paciente: HERNANDO OSORIO DIAZ **Tipo de Documento:** Cédula_Ciudadanía **Numero:** 60066

Tipo de paciente: Subsidiado **Sexo:** Masculino **Edad:** 76 Años / 9 Meses / 4 Días **F. Nacimiento:** 30/10/19

E.P.S.: *RSU113 - NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO*

Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº245662

ESTADO DEL INGRESO:

ESTADO GENERAL INGRESO A URGENCIAS
MAL ESTADO GENERAL, DIAFORETICO, CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Y DE HIPOPERFUSION.

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA INGRESO A URGENCIAS
"ESTA EN FALLA RESPIRATORIA"
2/08/2025 5:18:49 p.m.

ENFERMEDAD ACTUAL:

ENFERMEDAD ACTUAL INGRESO A URGENCIAS
PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS, HABITANTE DE CALLE, QUIEN ES TRAIDO EN AMBULANCIA AL SER ENCONTRADO INCONSCIENTE Y CO MAL PATRON RESPIRATORIO EN VIA PUBLICA, ATENDICO INICALMENTE EN UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE DE PICALEÑA, EN DONE IDENTIFICAN HIPOGLICEMICO, ADMINISTRAN DOS BOLOS DE DEXTROSA Y OXIGENO SUPLEMENTARIO POR MASCARA DE NO INHALACION TRASLADAN A ESTE SERVICIO

REVISION POR SISTEMAS

REVISION POR SISTEMAS INGRESO A URGENCIAS
SE DESCONOCE INFORMACION
HABITANTE DE CALLE, SIN ACOMPAÑANTE

ANTECEDENTES:

Tipo:Médicos Fecha: 02/08/2025 09:45 p.m.
Detalle: HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS -
HISTORIA DE CONDICION DE CALLE -

EXAMEN FISICO:

GLASGOW8**MIEMBROS** SIMETRICOS, SIN EVIDENCIA DE EDEMAS, PULSOS DISTALES DISMINUIDOS. AREAS DE NECROSIS EN PULPLEJO DE MANOS. EVIDENCIA DE ULCERA EN DORSO DE PIE IZQUIERDO. PATRON MOTEADO EN MIMEBRO INFERIORES.FC88FR24TEMP36,6**SO2**0**Estado de Conciencia**Alerta**CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS** NORMOCEFALO, ESCLERA ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL SECA, SIN EVIDENCIA DE PIEZA DENTALES.**TORAX Y CARDIO – PULMONAR** SIMETRICO, EVIDENCIA DE DISOCIACION TORACO-ABDOMINAL POR DIFICULTAD RESPIRATORI EVIDENCIA DE PATRON MOTEADO EN TORAX, RUIDOS CARDIACOS DISMINUIDOS SIN EVIDENCIA DE SOPLOS NI AGREGADOS, A L AUSCULTACION PULMONAR EVIDENCIA DE CREPITOS BIBASALES, DISMINUCION DEL MURMULLO VESICULAR IZQUIERDO.**ABDOMEN**BLAND DEPRESIBLE, NO APARENTA DOLOR A LA PALPACION, SIN IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.**GENITO – URINARIO DIURESIS ESPONTANEA**MUSCULO – ESQUELETICO** LIMITACION A LA MARCHA**NEUROLÓGICO** PACIENTE ESTUPOROSO, SIN SIGNO MENINGEOS NI DE FOCALIZACION NEUROLOGICA.**PIEL Y FANERAS** PATRON MOTEADO POR HIPOVENTILACION**CUELLO**MOV SIMETRICO, SIN EVIDENCIA DE MASAS NI ADENOPATIAS, INGURITACION YUGULAR GRADO ITAS79TAD45

INDICACIONES MEDICAS / CONDUCTA

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL **CAMA:**

Fecha de Documento: 03/08/25 01:14:37 **Fecha Ingreso:** 02/08/25 16:56:24 **Fecha egreso:** 03/08/25 01:14:37
Ingreso: 787890 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: HERNANDO OSORIO DIAZ **Tipo de Documento:** Cédula_Ciudadanía **Numero:** 600663
Tipo de paciente: Subsidiado **Sexo:** Masculino **Edad:** 76 Años / 9 Meses / 4 Días **F. Nacimiento:** 30/10/194
E.P.S: *RSU113 - NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO*
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº245662

ANALISIS DEL INGRESO A URGENCIAS
PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS, HABITANTE DE CALLE, QUIEN INGRESA TRAIDO EN AMBULANCIA AL SER ENCONTRADO INCONSCIENTE *CON MAL PATRON RESPIRATORIO. SE DESCONOCEN ANTECEDENTES PATOLOGICOS. SE INGRESA A SALAS DE REANIMACION. AL MOMENTO D* LA VALORACION, PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, ESTUPOROSO, CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Y SIGNOS DI HIPOPERFUSION. AL EXAMEN FISICO, SIGNOS VITALES CON TENSIONES ARTERIALES EN METAS, FRECUENCIA CARDIACO CON TENDENCIA A L BRADICARDIA, TAQUIPNEICO, DESATURADO. EVIDENCIA DE PATRON MOTEADO EN TORAX, DISOCIACION TORACOABDOMINAL, TIRAJE SUBCOSTALES, A LA AUSCULTACION RUIDOS CARDIACOS DISMINUIDOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, A LA AUSCULATCION PULMONA EVIDENCIA DE CREPITOS BIBASALES, MURMULLO VESICULAS DISMINUIDOS EN BASE IZQUIERDA. DISMINUCION DE PUSLOS DISTALES. GASE ARTERIALES CON EVIDENCIA DE ACIDOSIS MIXTA, GLUCOMETRIA DE INGRESO CON HIPOGLICEMIA. RX DE TORAX CON EVIDENCIA DI CONSOLIDACION EN BASE PULMONAR IZQUIERDA POR POSIBLE NEUMONIA BACTERIANA SEVERA. SE INTUBA A PACIENTE Y SE PASA CATETE CENTRAL DERECHO. EVIDENCIA DE ONDAS T PICUDAS EN EKG COMPATIBLES CON HIPERCALCEMIA POR LO QUE SE INDICA MANEJO CO GLUCONATO DE CALCIO, SALBUTAMOL Y BICARBONATO. SE INICIA REANIMACION HIDRICA. SE SOLICITAN PARACLINICOS, GRAM Y CULTIVOS SE INICIA MANEJO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO. SE INDICA TRASLADO A UCI PARA MONITOREO CONTINUO.
PACIENTE COB PRONOSTICO RESERVADO CON ALTO RIEGSO DE MUERTE A CORTO PLAZO
PLAN TERAPEUTICO Y DEL INGRESO A URGENCIAS
DIAGNOSTICOS:
1. FALLA RESPIRATORIA MIXTA
2. NEUMONIA GRAVE
3. HIPOGLICEMIA REFRACTARIA
4. EMERGENCIA DIALITICA A CONFIRMAR

PLAN DE MANEJO
1. MONITORIZAICON EN SALA DE REANIMACION HASTA TRASLADO A UCI
2. DEXTROSA AL 10% 200 ML EN BOLO, CONTINUAR A 40 ML HORA
3. LACTATO RINGER A 60 ML HORA
4. MEROPENEM 1gr EV CADA 8 HORAS
5. CLARITROMICINA 500mg EV CADA 12 HORAS
6. SE SIOLICITAN GASES ARTERIALES, CH, FUNCION RENAL, IONOGRAMA, TRNSAMINASAS, TIEMPOS DE COAGULACION, HEMOCULTIVOS CULTIVO Y GRAM DE ESPUTO

JUSTIFICACION:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS

RESULTADO DE EXAMEN:

EVOLUCIONES

FECHA	MEDICO	
DESCRIPCIÓN		
02/08/2025 21:45	1129485683 - AVILA TAPIA OSCAR EDUARDO	MEDICO GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
890706833

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL **CAMA:**

Fecha de Documento: 03/08/25 01:14:37 **Fecha Ingreso:** 02/08/25 16:56:24 **Fecha egreso:** 03/08/25 01:14:37
Ingreso: 787890 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: HERNANDO OSORIO DIAZ **Tipo de Documento:** Cédula_Ciudadanía **Numero:** 60066
Tipo de paciente: Subsidiado **Sexo:** Masculino **Edad:** 76 Años / 9 Meses / 4 Días **F. Nacimiento:** 30/10/19
E.P.S: RSU113 - NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº245662

CLASIFICACION UCI Intermedia**EVOLUCION ADICIONAL** NOTA SALA DE REANIMACION ***** MASCULINO DE 76 AÑOS, EN SALA I REANIMACION. CON IDX -CHOQUE MIXTO EN PCTE CON NEUMONIA BACTERIANA SEVERA -GRAVE .-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA .INJURIA CRONICA / AGUDIZADA .-PARO CARDIORRESPIRATORIO .-ASISTOLIA .-HISTORIA DE USO Y ABUSO DE SUISTANCIAS I PSICOACTIVAS-HISTORIA DE ABANDONO SOCIAL / PCTE EN CONDICION DE CALLEMALAS CONDICIONES GERNALES. SE ATIENDE, HIPTOENSIC SOSTENIDA A PESAR DE SOPORTE VASOACTIVO, BRADICADIA, PATRON EN VISOSCOPIO DE HIPERCALEMIA.TA 61/41, FC 49, FR 26., N REGISTRA SATURACIONES. PATRON DE HIPOPERFUSION DISTAL,PATRON MOTEADO GENERALZIADO. TIENE ESTIGMAS DE QUEMADURA ANTIGUAS EN LOS PULPEJOS DE LOS DEDOS DE LAS MANOS - CON AJUSTE E TITULACION DE PARMETROS VENTILATORIOS Y SOPOR VASOPRESOR.POSTERIOR PACIENTE ENTRA EN ASISTOLIA (20+30), SE INICIAN MASAJE CARDIACO SEGUN PROTCOLO AHA, CO ADMNISTRACION DE TRES DOSIS DE EPINEFRINA CADA 4 MINUTOS, ASISTOLIA, SE DECIDE PARA MASAJE CARDIACO A LOS 15 MINUTOS. PC SIN RESPUESTA EXTERNA, NI SIGNOS DE VIDA, NO REFKEJOSPUPILAS, NO CEFALOGIROS, NO SIGNOS DE VIDA. SE DECLARA PCTE FALLECID SOBRE LAS 20+45. SE INDICA TRASLADO A LA MORGUE ... PCTE SIN DOLIENTES NI CONTACTOS EN EL MOMENTO, SE NOTIFICA A TRABA SOCIAL PARA CONTINUAR GESTIONES CORRESPONDIENTES. ---------- ----- NOTA RE REPORTES DE EXAMENES --***-- -TIEMPO DE COAGULACION LIGERAMENTE PROLONGADOS . INR 1.72 -HEMOGAMA LEUCOPENIA FRANCA. DIFERENCIAL CON NEUTROFILIA. NO ANEMI TROMBOCITOPENIA LEVE, -FUNCION RENAL:_ ELEVACION DE AZOADOS, BUN 61 CREATININA 2.53, HIPOCALCIEMIA, HIPONETRMIA LEV HIPERKALEIMIA SEVERA.-PENDIENTE POLICLTIVOS Y PRUEBAS RESPRIATORIAS. ********** ** ** ANALISIS DE LA MUERT PCTE MASCULINO DE 76 AÑOS HABITANTE DE LA CALLE, SIN INFORMACION CLARA DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS. A SU INGRESO MAL CONDICIONES GERNALES, CIANOSIS CENTRAL TY DISTAL, TAQUOIPNEA Y DESATURACION, HIPERFUSION PERIFERICA, HIPOTENSIC PROGRESICA E BRADICARDIA EXTRAM, RADIOLOGRIA CON INFILTRADOS BILATERALES, COMPATIBLE CON INFECCION AGUDA SEVERA NEUMONIA GRAVE - SIGNOS DE CHOQUE MIXTO (SEPTICO E HIPOVOLEMICO) POR PROSIBLEMENTE EVOLUCION CRONICA SIN ANTECI MEDICA PREVIA.DURANTE LA ESTANCIA EN NUETRO SERVICIO PCTE MALAS CONDICIONES, SIN MEJORIA CLINICA A EPSAR DE MANEJ INICILAR CON OXIGENOTERAPIA (VENTILACION MECANICA), FLUIDOTERAPIA, SOPROTE VASOPRESOR Y MONITORIA ESTRICTA. POTERIC DESARROLLA ASISTOLIA, SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION ANVAZADA DURANTE 15 MINUTOS, SIN RESUESTA CLINICA, SE DECLAR FALLECIDO A LAS 20+45 DEL 04.08.2025.IMPRESION CLINICA: -CHOQUE MIXTO EN PCTE CON NEUMONIA BACTERIANA SEVERA -GRAVE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA .-PARO CARDIORRESPIRATORIO .-ASISTOLIA .-INJURIA CRONICA / AGUDIZADA .OTROS FACTORE .-POSIBLE INMUNOCOMPROMISO - DESNUTRICION SEVERA. .-CONDICION DE HABITANTE DE CALLE CON FALTA DE ACCESO OPORTUNO SERVICIOS DE SALUD. .-INGRESO EN CONDICION CLINICA MUY GRAVE SIN TIEMPO PARA INTERVERCION MEDICA EFECTIVA. .-MORTALIDA EN SERVICIO URGENCIAS (CON ESTANCIA MENOR DE 24 HORAS) . -MUERTE NATURAL .

CONDICIONES SALIDA:

INDICACION PACIENTE:

CAUSA DE MUERTE:

DIAGNOSTICOS DE INGRESO/RELACIONADOS

J159	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
N179	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
R571	CHOQUE HIPOVOLEMICO

C.C. 1129485683 - OSCAR EDUARDO AVILA TAPIA
R.M. 2537/13 - MEDICO GENERAL

C.C. 1129485683 - OSCAR EDUARDO AVILA TAPIA
R.M. 2537/13 - MEDICO GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

La información contenida en este mensaje y en los archivos adjuntos al mismo, pertenece al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. DE IBAGUÉ – TOLIMA es confidencial y privilegiada. Está dirigida exclusivamente para el uso privado del destinatario. Cualquier uso, divulgación, copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización del remitente será sancionado de acuerdo con las normas legales vigentes. Si usted, por error recibe este mensaje, por favor notifique inmediatamente al remitente por esta misma vía y destruya el mensaje original y sus adjuntos".

Declinación de Responsabilidades: Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no representan la opinión del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E o de sus autoridades. El receptor deberá verificar posibles virus informáticos que tenga el correo o cualquier anexo, razón por la cual EL Hospital no es responsable de los daños causados por cualquier virus transmitido en este correo electrónico.

HERNANDO OSORIO DIAZ.pdf
1872K

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 06 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 05 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: DIANA CAROLINA URUEÑA LERMA

IDENTIFICACIÓN: 1110542170

DIRECCIÓN: CALLE 122 #13ª-38 B/ MIRADOR DE CANTABRIA

TELÉFONO: 3103977751

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: NUERA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: CAMPO ELIAS ALAPE

IDENTIFICACIÓN: 5969497

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
5.359.497
ALAPE
CAMPO ELIAS


07-FEB-1962
ORTEGA
(TOLIMA)
1.64
O+
M
21-SEP-1986 ORTEGA

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25088620190551

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCION

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Area	Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCION	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Dia)	HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION (Hora - Minutos)
No fetal	2025-08-05	19:30:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Numero de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	5969497

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ALAPE		CAMPO	ELIAS

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia etnica)	¿A cual pueblo indigena pertenecia?
Natural	Indigena	PIJAO

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Numero de documento
Cédula de ciudadanía	75078993

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CHAVARRIAGA	QUICENO	JORGE	EDUARDO

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Medico	15537

LUGAR DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Dia)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION
2025-08-05	

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-08-05 22:16

Código verificación: 9B52-6787-4830-7F7E

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238351

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría | Notaria | 03 Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código 9 5 60

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos: ALAPE CAMPO ELIAS

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 5969497 de ORTEGA

Sexo (en Letras): Masculino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción: Año 2025 Mes AGO Día 05 | Hora: 19:30 | Número de certificado de defunción: 25088620190551

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia: X.X.X.X.X.X.X

Fecha de la sentencia: Año X X X X Mes X X X Día X X

Documento presentado: Autorización judicial [ ] Certificado Médico [X]

Nombre y cargo del funcionario: JORGE EDUARDO CHAVARRIAGA QUICENO

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número): C.C. 93394476 de IBAGUE

Firma: Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documentos de Identificación (Clase y número):

Firma:

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documentos de Identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción

Año 2025 Mes AGO Día 06

Nombre y firma del funcionario que autoriza

BLADIMIRO MOLINA VERGEL

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Cadena s.a.





Dirección: Calle 122 # 13A - 38.
El Mirador de Cantabria

Telefono: 3103977751 - 3203284372

Parentesco: Nuera

Padres: NO

Sisbén

A5

Fecha de consulta: 06/08/2025

Ficha: 73504012476500000066

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CAMPO ELIAS

Apellidos: ALAPE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5969497

Municipio: Ortega

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/11/2020

Última actualización ciudadano: 13/11/2020

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: LUZ MELANIA REYES TAPIE

Dirección: Calle 6 No 5 -

Teléfono: 2258106 - 2258085 - 32034663

Correo Electrónico: sisben@ortega-tolima.gov

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	5969497
NOMBRES	CAMPO ELIAS
APELLIDOS	ALAPE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/07/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/06/2025 12:19:22	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

900718172-6
Km.6 via Ibague-Espinal Sector Picaleña
6062772055
Ibague (Tolima)
Cod. Habilitación:

Paciente

ALAPE CAMPO ELIAS
Doc. Id.: CC-5969497
Fecha Nac.: 07-02-1962 Edad: 63 Año(s) 2 Mes(es) 14 Dia(s)
Sexo Masculino
Dirección: CALLE 122 13A 38
Telefonos: 3103977751-- Ciudad: Ibague (Tolima)

Estado Civil: CASADO(A)

Asegurador

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT: 900156264-2

Nombre del Acompañante:

Teléfono del Acompañante:

Diagnósticos

DX 1: C19X TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA

Causa ext. : 13-ENFERMEDAD GENERAL **Finalidad** : 2-TERAPÉUTICO

Signos Vitales

TAS: 110 / TAD: 60 / FC: 86 / FR:18 / TEMP: 36.4 / PULSO: 74

Datos Antopométricos

TALLA: 161 / PESO: 46 / ISC: 1.40 / IMC: 17.75 /

Estadificación Clinica

T: / N: / M: ESTADIO:

ENFERMEDAD ACTUAL

PRIMERA VEZ ONCOLOGIA CLINICA
EDAD: 64 AÑOS
ACOMPAÑANTE: NUERA

ANTECEDENTES:
OCUPACION : AGRICULTURA
PROCEDENTE : IBAGUE
PATOLOGICOS : NIEGA
CIRUGIA: NIEGA
MEDICACION HABITUAL : NIEGA
ALERGIAS MEDICACION : NIEGA
GINECOLOGICOS : NIEGA
TABAQUISMO: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

** DATOS EXTRAIDOS DE HISTORIA CLINICA DE HFLLA** EPICIRISI INCOMPLETA 00/02/2025

ANALISIS :
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO RECTOSIGMOIDEO DEBUT ESTADIO IV : CARCINOMATOSIS (SIEMBRAS A NIVEL EPIPLON, INTESTINO, PARED ABDOMINAL, HIGADO), PELVIS CONGELADA, DESNUTRICION, HER2: ? ,MMR: ?
TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS :
- LAPAROTOMIA DRENAJE DE PERITONITIS COLORRAFIA + OMENTECTOMIA PARCIAL LAVADO PERITONEAL ILEOSTOMIA TERMINAL EN ASA 28/01/2
(NEIVA - CLINICIA UROS)
- DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA
- EVENTRACIÓN CONTENIDA POR HERIDA QUIRURGICA
-HIDRONEFROSIS SEVERA GRADO 4 DERECHA EN RELACIÓN A UROPATIA OBSTRUCTIVA DISTAL
- 29/03/2025 NEFROSTOMIA DERECHA
- DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA
-MANEJO EXTRAINSTITUCIONAL - ONCOLOGIA - DR MERCURY - HFLLA*-
FOLFOX 1° CICLO 15/03/2025 ? , TOXICIDAD GASTROINTESTINAL: ASTENIA Y ADINAMIA GRADO III, NAUSEAS GRADOII EMESIS GRADO II HIPOREX
NO SELECTIVA.
** PACIENET NO QUIERE QUIMIOTERAPIA
- TRAER RESULTADO DE PATOLOGIAS DE HOSPITAL FEDERICOLLERAS PARA ACLARAR TUMORES SINCRONICOS (ESTOMAGO Y RECTOSIGMOIDEO
REFIERE DIURESIS ESPONTANEA, AFEBRIL, REGULAR PATRON ALIMENTARIO, IELEOSTOMIA DE ALTO GASTO

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

OTROS ANTECEDENTES

Paciente

ALAPE CAMPO ELIAS
Doc. Id.: CC-5969497
Fecha Nac.: 07-02-1962 Edad: 63 Año(s) 2 Mes(es) 14 Dia(s)
Sexo: Masculino
Dirección: CALLE 122 13A 38
Teléfonos: 3103977751-- Ciudad: Ibague (Tolima)

Estado Civil: CASADO(A)

Asegurador

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
NIT: 900156264-2

Nombre del Acompañante:

Teléfono del Acompañante:

Diagnósticos

DX 1: C19X TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA

Causa ext. : 13-ENFERMEDAD GENERAL Finalidad : 2-TERAPÉUTICO

Signos Vitales

TAS: 110 / TAD: 60 / FC: 86 / FR:18 / TEMP: 36.4 / PULSO: 74

Datos Antopométricos

TALLA: 161 / PESO: 46 / ISC: 1.40 / IMC: 17.75 /

Estadificación Clínica

T: / N: / M: ESTADIO:

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO: PESO : 46 G TALLA : 161 SC:1.40 ECOG: 1-2 IMC : 17
MUCOSA ORAL HUMEDA , PALIDEZ CENTROFACIAL SIN SIGNSO DE FALLA DE BOMBA
NEUROLOGICO ALERTA ORIENTADA X 3 , SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO D
CABEZA Y CUELLO : , NO SE PALPAN ADENOPATIAS CERVICALES ,
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO NO AGREGADOS
ABDOMEN : DISTENDIDO , CICATRIZ MEDIANA EN FASE DE CICATRIZACION POR SEGUNDA INTENCION CON TEJIDO DEGRANULACION , NEFROSTOMIA DERECHA (CERCA A OSTOMIA CON GASAS MOJADAS Y CON RESTOS DE MATERIA FECLA) CON BOLSA RECOLECTORA SIN ORINA , NO DOLOROSO A LA PALCION SIN SIGNOS DE IRRITACION , RUIDOS INETSTINALES POSITIVOS, NO VISCEROMEGALIAS D

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

BIOMARCADORES TUMORALES: NO TRAE

LABORATORIO:
23/03/2025 DD LEICOTS: 10200 (N: 6100) , HB: 8.9 HCTO:27.7 PLAQUETAS: 592000 CREATNINA: 1.33" TGO: 11.96 TGP

MOLECULAR Y GENETICO: NO TRAE

PATOLOGIA
04/03/2025 ADENOCARCINOMA MUCINOSO (PATOLOGIA GASTRICA ? (ULCERA DUODENAL) O RECTO?

IMAGENES
00/03/2025 TAC ABDOMINOPELVICO: D ESTESOSHEAPTICA, HIDRONEFROSI SEVERA GRADO IV , MASA DESCRITA EN FOSA ILIACA DERECHA QUE EJERCE PATRON OBSTRUTIVO .
27/03/2025 EVDA - HFLLA: D ESOFAGITIS , ERITEMA EN PARCHA DE ANTRO ,
1. ULCERA DUODENAL FORREST III CON ESTENOSIS INFLAMATORIA
2. LESION DE UNION GASTROESOFAGICA SUGESTIVA DE MALLORY-WEISS EN CICATRIZACION.
3. GASTRITIS CRONICA ANTRAL. BIOPSIA

00/01/2025 TAC DE ABDOMEN - CLOINICA UROS CATCINOMATOSIS PERITONEAL CON SIMEBRAS A NIVEL DE EPIPLON , INTESTYINAO , PARED ABDOMINAL, HIGADO Y UMBILICAL .

NIT: 900718172-6
Klm.6 vía Ibague-Espinal Sector Picaleña
6082772055
Ibague (Tolima)
Cod. Habilitación:

ClinalSoftHIS

No Admisión: 01004595
Consecutivo: 17448004347
Fecha de Atención: 16-04-2025 05:47:
Fecha de Impresión: 21/04/2025 8:22:44 a.

Paciente

ALAPE CAMPO ELIAS
Doc. Id.: CC-5969497
Fecha Nac.: 07-02-1962 Edad: 63 Año(s) 2 Mes(es) 14 Dia(s)
Sexo:Masculino
Dirección: CALLE 122 13A 38
Teléfonos: 3103977751-- Ciudad: Ibague (Tolima)

Estado Civil: CASADO(A)

Asegurador

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
NIT: 900158264-2

Nombre del Acompañante:

Teléfono del Acompañante:

Diagnósticos

DX 1: C19X TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA

Causa ext. : 13-ENFERMEDAD GENERAL **Finalidad :** 2-TERAPÉUTICO

Signos Vitales

TAS:110 / TAD: 60 / FC: 86 / FR:18 / TEMP: 36.4 / PULSO: 74

Datos Antopométricos

TALLA: 161 / PESO: 46 / ISC: 1,40 / IMC: 17.75 /

Estadificación Clinica

T: / N: / M: ESTADÍO:

PLAN Y TRATAMIENTO

PLAN:
-TRAER RESULTADO DE PATOLOGIAS DE HOSPITAL FEDERICOLLERAS PARA ACLARAR TUMORES SINCRONICOS (ESTOMAGO Y RECTOSIGMOIDEO)
-INDICO LOPERAMIDA
SS/ VALORACION POR RADIOLOGIA INTEVENCIONISTA PARA RECAMBISO DE NEFROSTOMIA DERECHA
INDICO INSUMOS DE COLOSTOMIA (70 MM)
INDICO ACETAMINOFEN + HIDROCODONA CADA 8 HORAS
SS/ VALORACION POR DOLOR Y CUDIADOS PALIATIVAS.
SS/ VALORACION POR NUTRICION
CONTROL PRIORITARIO CON RESULTADOS

* TODO RETRASO EN LAS INDICACIONES MEDICAS Y LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO ES PERJUDICIAL PARA EL PACIENTE Y AUMENTA EL RIESGO DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD , RAZÓN POR LA CUAL LA EAPB DEBE AUTORIZAR PRIORITARIA MENTE LOS SERVICIOS ORDENADOS . SE EXPLICAN LAS CONSECUENCIAS DE LOS RETRASOS Y LOS EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO Y PAUTAS DE ALARMA *

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

NUTRICION:
PSICOLOGIA:
DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO:
TERAPIAS FISICAS:

DR. JUAN FELIPE PEREZ
ONCOLOGIA
Registro Médico:7727991

C 900718172-6
Km.6 via Ibague-Espinal Sector Picaleña
6082772055
Ibague (Tolima)
Cod. Habilitación:

No Admisión: 0108459
Consecutivo: 17448094
Fecha de Atención: 16-04-2025 05:47
Fecha de Impresión: 21/04/2025 8:22:44

Paciente

ALAPE CAMPO ELIAS
Doc. Id.: CC-5969497
Fecha Nac.: 07-02-1962 Edad: 63 Año(s) 2 Mes(es) 14 Dia(s)
Sexo: Masculino
Dirección: CALLE 122 13A 38
Teléfonos: 3103977751-- Ciudad: Ibague (Tolima)

Estado Civil: CASADO(A)

Asegurador

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
NIT. 900156264-2

Nombre del Acompañante

Teléfono del Acompañante

Diagnósticos

DX 1: C19X TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA

Causa ext. : 13-ENFERMEDAD GENERAL **Finalidad** : 2-TERAPÉUTICO

Signos Vitales

TAS:110 / TAD: 60 / FC: 86 / FR:18 / TEMP: 36.4 / PULSO: 74

Datos Antopométricos

TALLA: 161 / PESO: 46 / ISC: 1.40 / IMC: 17.75 /

Estadificación Clinica

T: / N: / M: ESTADIO:

Firma Paciente

ALAPE CAMPO ELIAS
Doc. Id.: CC-5969497

CLINICA INTERNACIONAL DE ALTA TECNOLOGIA CLINALTEC S.A.S.

NIT: 900716172-6
Km.6 via Ibague-Espinal Sector Picaleña
6082772055
Ibague (Tolima)
Cod. Habilitación:

CONSULTA DE PRIMERA VEZ DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

No Admision: **0100461139**
Consecutivo: **17452513e3413**
Fecha de Atención: **21-04-2025 11:02:03**
Fecha de Impresión: **21/04/2025 11:46:07 a. m**

Paciente

ALAPE CAMPO ELIAS
Doc. Id.: CC-5969497
Fecha Nac.: 07-02-1962 Edad: 63 Año(s) 2 Mes(es) 14 D'a(s)
Sexo: Masculino
Direccion: CALLE 122 13A 38
Teléfonos: 3103977751 – Ciudad: Ibague (Tolima)

Estado Civil: CASADO'A)

Asegurador

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
NIT: 900156264-2

Nombre del Acompañante:

Teléfono del Acompañante:

Diagnósticos

DX 1: R522 OTRO DOLOR CRONICO
DX 2: C19X TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA

Causa ext. : 13-ENFERMEDAD GENERAL **Finalidad** : 2-TERAPÉUTICO

Signos Vitales

TAS: / TAD: / FC: / FR: / TEMP: / PULSO:

Datos Antopométricos

TALLA: 161 / PESO: / ISC: 0,09 / IMC: 0 /

Estadificación Clinica

T: / N: / M: ESTADÍO:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

BIOMARCADORES TUMORALES: NO TRAE

LABORATORIO:
23/03/2025 DD LEICOTS: 10200 (N: 6100) . HB: 8.9 HCTO 27.7 PLAQUETAS: 592000 CREATNINA: 1.33* TGO: 11.96 TGP:

MOLECULAR Y GENETICO: NO TRAE

PATOLOGIA:
04/03/2025 ADENOCARCINOMA MUCINOSO (PATOLOGIA GASTRICA ? (ULCERA DUODENAL) O RECTO?

IMAGENES:
03/03/2025 TAC ABDOMINOPELVICO: D ESTESOSHEAPTICA. HIDRONEFROSI SEVERA GRADO IV . MASA DESCRITA EN FOSA ILIACA DERECHA QUE EJERCE PATRON OBSTRUTIVO .
27/03/2025 EVDA - HFLLA: D ESOFAGITIS , ERITEMA EN PARCHA DE ANTRO .
1. ULCERA DUODENAL FORREST III CON ESTENOSIS INFLAMATORIA.
2. LESION DE UNION GASTROESOFAGICA SUGESTIVA DE MALLORY-WEISS EN CICATRIZACION.
3. GASTRITIS CRONICA ANTRAL. BIOPSIA

30/01/2025 TAC DE ABDOMEN - CLOINICA UROS: CATCINOMATOSIS PERITONEAL CON SIMEBRAS A NIVEL DE EPIPLON , INTESTYINAO , PARED ABDOMINAL, HIGADO Y UMBILICAL.

EXAMEN FISICO

Alerta, orientada, hidratada
Mucosas humedas, conjuntivas normocromicas
Ruidos cardiacos, rítmicos, y respiratorios conservados
Abdomen blando, depresible, no doloroso
Extremidades: simetricas, eutroficas, pulsos positivos

ESCALA DE DOLOR

4

ESCALA BARTHEL

ESCALA DE BARTHEL Ligera: 80 - 100 puntos

ANALISIS

Paciente de 63 años de edad con adenocarcinoma mucinoso rectosigmoideo estadio IV, en seguimiento por oncologia, ahora dolor oncologico mixto asociado a dolor postquirurgico, por clinica de dolor iniciamos manejo multimodal, tiene pendiente entrega de opioide débil formulado por oncología, decido manejo con este medicamneto asocio pregabalina para neuromodulacion y antiespasmódico, paciente con dehiscencia de herida quirúrgica, requiere valoración y seguimiento por clinica de heridas de manera prioritaria, explico conducta medica, beneficios y posibles efectos secundarios de la analgesia, entiende y acepta. Control en un mes.

DIAGNOSTICOS

Adenocarcinoma mucinoso rectosigmoideo estadio IV
Dolor oncológico mixto

CLINICA INTERNACIONAL DE ALTA TECNOLOGIA CLINALTEC S.A.S.
NIT: 900718172-6
Km.6 vía Ibague-Espinal Sector Picaleña
6082772055
Ibague (Tolima)
Cód. Habilitación:

CONSULTA DE PRIMERA VEZ DOLOR Y CUIDADO PALIATI

ClinaSoftHIS

No Admisión: 0100461
Consecutivo: 1745251383
Fecha de Atención: 21-04-2025 11:03
Fecha de Impresión: 21/04/2025 11:48:07

Paciente

ALAPE CAMPO ELIAS
Doc. Id.: CC-5969497
Fecha Nac.: 07-02-1962 Edad: 63 Año(s) 2 Mes(es) 14 Dia(s)
Sexo: Masculino
Dirección: CALLE 122 13A 38
Teléfonos: 3103977751– Ciudad: Ibague (Tolima)

Estado Civil: CASADO(A)

Asegurador

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
NIT: 900156264-2

Nombre del Acompañante:

Teléfono del Acompañante:

Diagnósticos

DX 1: R522 OTRO DOLOR CRONICO
DX 2: C19X TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA

Causa ext. : 13-ENFERMEDAD GENERAL **Finalidad** : 2-TERAPÉUTICO

Signos Vitales

TAS: / TAD: / FC: / FR: / TEMP: / PULSO:

Datos Antopométricos

TALLA: 161 / PESO: / ISC: 0,09 / IMC: 0 /

Estadificación Clinica

T: / N: / M: ESTADÍO:

MOTIVO DE CONSULTA

PRIMERA VEZ

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

PRIMERA VEZ

ENFERMEDAD ACTUAL

Se atiende bajo todos los protocolos OMS para COVID 19

Ingresa sola caminando por sus propios medios

MC: Soporte oncológico

EA: Paciente de 63 años de edad con adenocarcinoma mucinoso rectosigmoideo estadio IV, con carcinomatosis y denutricion, en pop de laparotomia de drenaje d peritonitis e ileostomia, acueja dolor abdominal tipo cólico y en estoma asociado dolor neuropatico.

Analgesia actual:
Acetaminofen + hidrocodona 325/5 mg vo cada 8 horas

Analgesia anterior:
Niega

ANTECEDENTES

- PATOLÓGICOS: Niega
- FARMACOLÓGICOS: Niega
- QUIRÚRGICOS: Nefrostomia
- ALÉRGICOS: Niega

Gmail **Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>**

Fwd: AUXILIO FUNERARIO

Despacho desarrollo desarrollo social <desarrollosocial@ibague.gov.co> 6 de agosto de 2025, 4:18 p.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

LEANDRO VERA ROJAS
Secretario de Desarrollo Social Comunitario
Alcaldía de Ibagué

---------- Forwarded message ---------
De: **yuri salcedo mora** <centrodecomputoibague@hotmail.com>
Date: mié, 6 ago 2025 a las 13:46
Subject: AUXILIO FUNERARIO
To: desarrollosocial@ibague.gov.co <desarrollosocial@ibague.gov.co>

Mediante la presente me gustaría exponer el caso del señor Campo Elias Alape Quien por condiciones de salud falleció el día 6 de agosto de 2025. Y debido a las condiciones económicas en las que nos encontramos le solicitamos amablemente la posibilidad de solicitar un auxilio de exequias funerarias.

Gracias,

CAMPO ELIAS ALAPE QEPD.pdf
926K

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 17 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 17 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: MIGUEL ACOSTA

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: HOGAR GERIATRICO SAN MIGUEL ARCANGEL

TELÉFONO: 3105621576

AFINIDAD CON EL FALLECIDO:

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: GUILLERMO ANTONIO CLAROS GIRALDO

IDENTIFICACIÓN: 7530451

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE CIUDADANÍA

7.530.451
CLAROS GIRALDO
GUILLERMO ANTONIO

NO FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1957
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

13-DIC-1977 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2900100-01034958-M-0037530451-20160831 0065441[illegible]A 1 6[illegible]

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25088320200471

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-08-17	08:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	7530451

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CLAROS	GIRALDO	GUILLERMO	ANTONIO

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1047422592

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
BETANCOURT	MONTOYA	ARLEY	DAVID

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1047422592

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-08-17	

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238367

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina		Notaria		Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		Código
Registraduría			03							9560

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

CLAROS GIRALDO GUILLERMO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
C.C. 7530451 de ARMENIA	Masculino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2025 Mes AGO Día 17	08:00	25088320200471

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
X.X.X.X.X.X.X	Año XXXX Mes XXX Día XX

Documento presentado				Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial		Certificado Médico	X	ARLEY DAVID BETANCOURT MONTOYA

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93394476 de IBAGUE	Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes AGO Día 19	JANNETH RUBIO LOPEZ

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7530451
NOMBRES	GUILLERMO ANTONIO
APELLIDOS	CLAROS GIRALDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

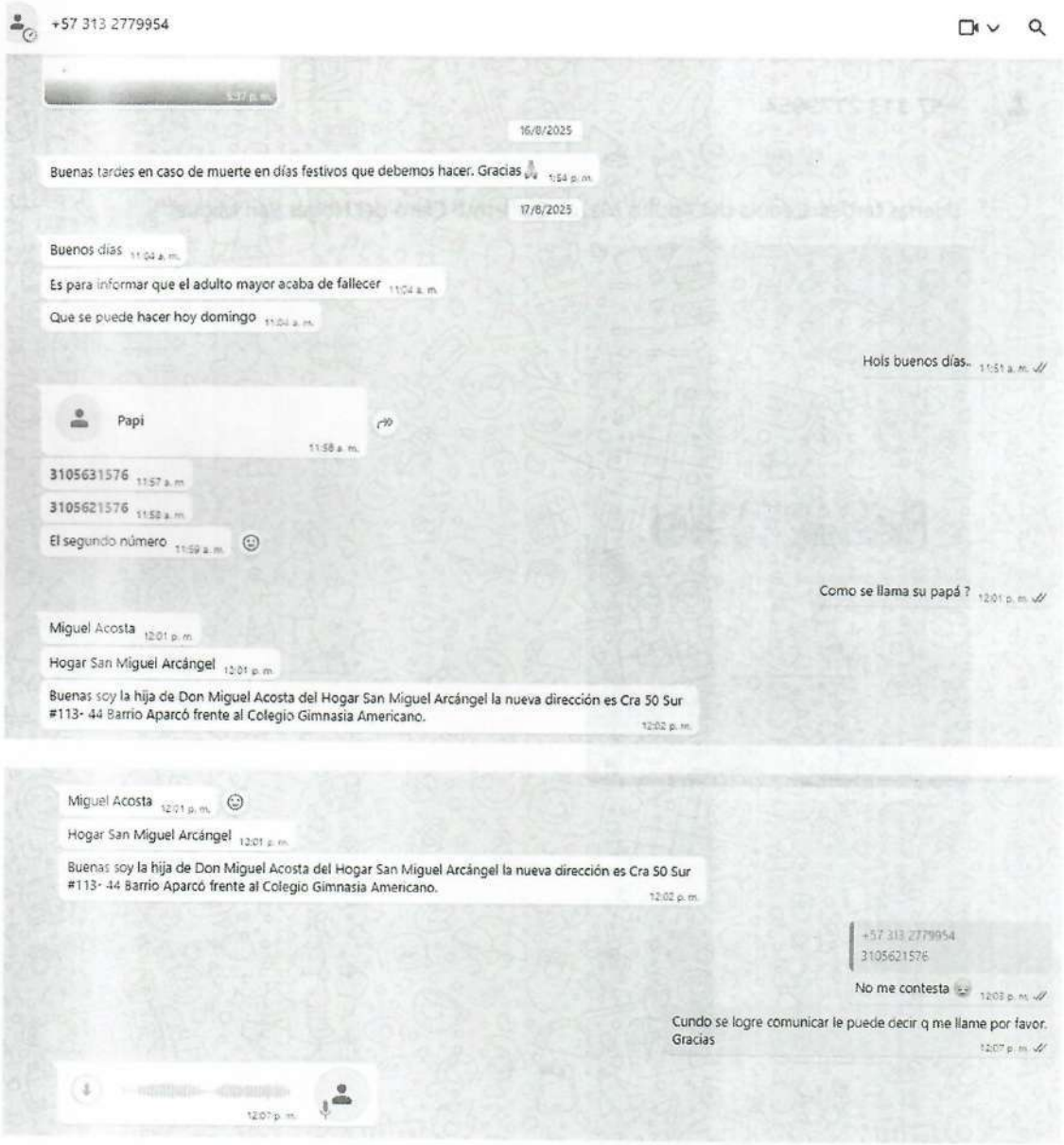
Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	30/08/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/17/2025 12:04:50	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado


+57 313 2779954
16/8/2025
Buenas tardes en caso de muerte en días festivos que debemos hacer. Gracias
1:54 p. m.
17/8/2025
Buenos días
11:04 a. m.
Es para informar que el adulto mayor acaba de fallecer
11:04 a. m.
Que se puede hacer hoy domingo
11:04 a. m.
Hola buenos días..
11:51 a. m.
Papi
11:56 a. m.
3105631576
11:57 a. m.
3105621576
11:58 a. m.
El segundo número
11:59 a. m.
Como se llama su papá ?
12:01 p. m.
Miguel Acosta
12:01 p. m.
Hogar San Miguel Arcángel
12:01 p. m.
Buenas soy la hija de Don Miguel Acosta del Hogar San Miguel Arcángel la nueva dirección es Cra 50 Sur #113- 44 Barrio Aparcó frente al Colegio Gimnasia Americano.
12:02 p. m.
Miguel Acosta
12:01 p. m.
Hogar San Miguel Arcángel
12:01 p. m.
Buenas soy la hija de Don Miguel Acosta del Hogar San Miguel Arcángel la nueva dirección es Cra 50 Sur #113- 44 Barrio Aparcó frente al Colegio Gimnasia Americano.
12:02 p. m.
+57 313 2779954
3105621576
No me contesta
12:03 p. m.
Cundo se logre comunicar le puede decir q me llame por favor. Gracias
12:07 p. m.
12:07 p. m.

+57 313 2779954

15/8/2025

Buenas tardes. Cédula del Adulto Mayor Quillermo Claro del Hogar San Miguel 5:37 p. m.





Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 19 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 17 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: MARIA FERNANDA BARBOSA

IDENTIFICACIÓN: 1110488356

DIRECCIÓN: MANZANA B CASA 16 PORTAL DE LOS TUNJOS

TELÉFONO: 322 2928339

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: SOBRINA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: JUAN CAMILO RENGIFO TRUJILLO

IDENTIFICACIÓN: 1110553487

PROGRAMA: HOMBRE

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO + TRASLADO BUCARAMANGA- IBAGUE

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.110.553.487
RENGIFO TRUJILLO
JUAN CAMILO
CAMILO R


FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1994
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
O+
M
27-NOV-2012 IBAGUE
INDICE DERECHO

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25084220202216

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	BUCARAMANGA

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-08-17	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	1110553487

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RENGIFO	TRUJILLO	JUAN	CAMILO

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	37751861

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LOPEZ	HIGUERA	SILVIA	JULIANA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	37751861

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
SANTANDER	BUCARAMANGA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-08-19	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-08-19 12:53

Código verificación: D175-1518-3ABE-2405

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.110.488.356



Apellidos
BARBOSA MENDEZ

Nombres
MARIA FERNANDA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.62

Sexo
F

Fecha de nacimiento
04 SEPT 1989

G.S.
AB+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
11 SEPT 2007, IBAGUE

Fecha de expiración
30 SEPT 2032

Firma



.CO

005464157

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL005464157429001<<<<<<<<<<<
8909040F3209309COL1110488356<5
BARBOSA<MENDEZ<<MARIA<FERNANDA

Informe de la Vista Detallada de la Consulta

CAMILO 8

Número de Documento (NUIP):	1.110.553.487
Número de Documento (NIP):	
Número de Preparación:	8503113828
Primer Apellido:	RENGIFO
Particula:	Ninguna
Segundo Apellido:	TRUJILLO
Primer Nombre:	JUAN
Segundo Nombre:	CAMILO
Sexo:	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	27/10/1994
Lugar de Nacimiento:	IBAGUE - TOLIMA
Pais de Nacimiento:	COLOMBIA
Departamento de Nacimiento:	TOLIMA
Municipio de Nacimiento:	IBAGUE
Estatura:	168
Fecha de Preparación:	08/10/2021
Departamento de Preparación:	TOLIMA
Municipio de Preparación:	IBAGUE
Zona de Preparación:	IBAGUE
Fecha de Expedición:	27/11/2012
Departamento de Expedición:	TOLIMA
Municipio de Expedición:	IBAGUE
Zona de Expedición:	IBAGUE
Vigencia:	VIGENTE
Clase de Expedición:	Duplicado CC
Motivo de Rectificación:	



Grupo Sanguineo y Factor RH:	O+
Código de Señales Particulares:	NINGUNA
Dirección de Residencia:	CL MZA B CASA 16 PORTAL DE LOS TUNJOS
Ciudad de Residencia:	IBAGUE
Teléfono:	3229531320
Tipo del Documento Base:	Cedula de Ciudadanía
Número del Documento Base:	1110553487
Notaria del Documento Base:	IBAGUE
Huella Impresa:	INDICE DERECHO
Número de Impresión:	0076341289A 2
Fecha de Fabricación	12/11/2021
Validez:	Valida
Estado de la versión:	Actual



ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1116254867
NOMBRES	JUAN CAMILO
APELLIDOS	RENGIFO TRUJILLO
FECHA DE NACIMIENTO	14/04/04
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. CM	SUBSIDIADO	07/10/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión: 08/18/2025 12:01:55 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen *Subsidiado* y el *Régimen Contributivo*, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la

+57 315 4418062
8/19/2025 a la(s) 8:27 PM

solicitud de servicio funerario

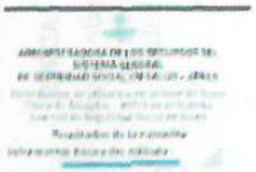
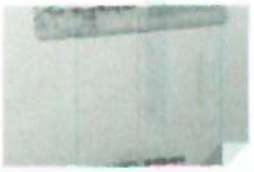
Maria Fernanda Barbosa M <mafebarbosa13@gmail.com>
para desarrollosocial@ibague.gov.co

Buen dia.
por medio de la presente solicitamos la ayuda de prestar el servicio funerario y sepelio del joven JUAN CAMILO RENGIFO TRUJILLO identificado con cédula 1110553487 joven en condición de habitante de calle que fallecio el dia domingo 16 de agosto 2025 en la ciudad de bucaramanga y hasta el dia de hoy hace unas horas su cuerpo fue entregado a su mamá quien debió viajar desde ibague para recoger su cuerpo. debido a que la señora Luz Yaned Rengifo cedula 65760011 madre del occiso no cuenta con los recursos para su sepelio solicita por favor a la administración municipal y a desarrollo social la gran ayuda para darle una santa sepultura a su hijo lo mas pronto posible.
adjuntamos los documentos pertinentes informando que la señora yaneth logro que una funerario en Bucaramanga le prestara el servicio de repatriación a la ciudad de ibagué de donde son nacidos y en donde vive la señora.

MARIA FERNANDA BARBOSA MENDEZ sobrino
Celular: 3222928339
Luz Yaned Rengifo madre del occiso
celular 3204661905

Dios te bendiga.

4 archivos adjuntos · Analizado por Gmail

certificado de def...

Buscar en la web...
ESP LAA
6:02 p. m. 19/08/2025

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 20 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 19 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: LUISA FERNANDA LIBERATO

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: HOSPITAL SAN FRANCISCO

TELÉFONO: 3042092595

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: TRABAJADORA SOCIAL

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: BELISARIO VELASCO

IDENTIFICACIÓN: 5808939

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
CIÓN PERSONAL
5.808.939
VELASCO
ELISARIO
NO FIRMA
TALAGA
PAEZ (BELALCAZAR) (CAUCA)
1.60
O+
M
17-NOV-1960 IBAGUE

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25085620202543

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-08-19	18:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	5808939

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VELASCO		BELISARIO	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1110581252

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CORTES	CIENDUA	JHON	MARIO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1110581252

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-08-19	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-08-19 19:25

Código verificación: 46EF-2C19-915F-A67A

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238371

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [03] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código 9560

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

VELASCO BELISARIO

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
C.C. 5808939 de IBAGUE	Masculino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción. País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2025 Mes AGO Día 19	18:00	25085620202543

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
X.X.X.X.X.X.X	Año XXXX Mes XXX Día XX

Documento presentado			Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial [ ]	Certificado Médico [X]		JHON MARIO CORTES CIENDUA

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93394476 de IBAGUE	Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes AGO Día 20	BLADIMIRO MOLINA VERGEL

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Sisbén

Fecha de consulta: 20/08/2025

Ficha: 73001041674900001639

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BELISARIO

Apellidos: VELASCO

Tipo de documento: Cedula de ciudadania

Número de documento: 5808939

Municipio: Ibague

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/11/2019

Última actualización ciudadano: 14/11/2019

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: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Informacion Basica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	5808939
NOMBRES	BELISARIO
APELLIDOS	VELASCO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliacion :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/20/2025 08:02:58	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

U.S.I.

HISTORIA CLÍNICA
EVOLUCION MEDICA

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 5808939 **Fecha de Folio:** 19/08/2025 19:27 **Nº FOLIO:** 47
Nombre Paciente: BELISARIO VELASCO **Identificación:** 5808939 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 01/febrero/1928 **Edad Actual:** 97 Años / 6 Meses / 17 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: AV NORMALA CRA 58 NRO 29 **Teléfono:** 573202592896
Procedencia: IBAGUE **Ocupación:**

DATOS DE AFELIACIÓN

Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen Simplificado
Plan Beneficios: NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 SUBSIDIADO

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 109111 **FECHA DE INGRESO:** 19/08/2025 12:50:11 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Otro **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 901 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **AREA DE SERVICIO:** 266 - URGENCIAS OBSERVACION UI SAN FRANCISCO

EVOLUCION MEDICA

SUBJETIVO:

NOTA MÉDICA RETROSPECTIVA DE LAS 18+00

SE HACE NOTA RETROSPECTIVA DE ESTE PACINETE DE LAS 18+00, DRA. KAREN CONTRERAS MÉDICA DE TURNO ONBSEVACIÓN - PERO EN TRASLADO EN CÓDIGO MEDICALIZADO.

28 ANOTADOS EN LE HISTORIA CLÍNICA ANTERIOR

PACIENTE MASCULINO DE 97 AÑOS CON DX:
1. SINDROME DE ATERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA
1.1 DEMENCIA VS ENCEFALOPATIA.
2. SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS.
3. ULCERAS POR PRESION SOBREINFECTADAS EN REGION SACRA LUMBAR Y GENITAL.
4. ULCERAS POR PRESION EN CUELLO Y OIDO IZQ
5. LESION RENAL AGUDA VS CRÓNICA AGUDIZADA
6. DESNUTRICION PROTEICO CALORICA
7. SARCOPENIA
8. ABANDONO SOCIAL ?
9. BARTHEL 10
NO CANDIDATO A MANIOBRAS DE REANIMACIÓN)

SE RENUSA PACIENTE SIN SIGNOS VITALES, NO RESPUESTA MOTORA, NO RESPUESTA VERBAL

SIGNOS VITALES:

Tensión Arterial: 1 / 1 **Media:** 1 mmHg **SO2:** 1,0 %
Frecuencia Cardiaca: 1,0 min **Frecuencia Respiratoria:** 1,0 min **Temperatura:** 30,0 °C

OBJETIVO:

PACIENTE CON CIANOSIS GENERALIZADA, SIN SIGNOS VITALES, PULSO CAROTÍDEO AUSENTE, PUPILAS MIDRIATICAS NO REACTIVAS A LA LUZ, REFLEJO PUPILAR AUSENTE, TÓRAX SIMETRICO, SIN MURMULLO VESICULAR, AUSENCIA DE RUIDOS CARDIACOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI VISCERAS PALPABLES, REFLEJOS MOTORES AUSENTES, PACIENTE SIN SIGNOS VITALES.

ANALISIS Y MANEJO:

PACIENTE EN SU DÉCIMA DECADA DE LA VIDA, EN QUIEN SE ENCONTRABA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, POSTRADO, BATRHEL 10/100, CON MAL PRONÓSTICO, QUIEN PRESENTÓ PARADA CARDIORESPIRATORIA A LAS 18+00, NO SE RELIZÓ MANIOBRAS INVASIVAD NI MANIOBRAS DE RANIMACIÓN CARDIOPULOMNAR, *SE PROCEDE A LLENAR CERTIFICADO DEFUNDICIÓN N° 2508562020254)*

PENDIENTE TRABAJADO SOCIAL, PACIENTE SIN FAMILIAR, SIN RED DE APOYO PARA REALIZAR LAS RESPECTIVOS PROCESOS FUNEBRES, NO HAY FAMILIA PARA DAR INFORMACIÓN

GLUCOMETRIA **SATURACION DE OXIGENO** **DIETA**

U.S.I.

HISTORIA CLÍNICA
EVOLUCION MEDICA

DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clinica: 5808939 **Fecha de Folio:** 19/08/2025 19:27 **N° FOLIO:** 47
Nombre Paciente: BELISARIO VELASCO **Identificación:** 5808939 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 01/febrero/1938 **Edad Actual:** 87 Años / 6 Meses / 17 Dias **Estado Civil:** Soltero
Dirección: AV AMBALA CRA 58 NRO 19 **Teléfono:** 573002593896
Procedencia: IBAGUE **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen Simplificado
Plan Beneficios: NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 SUBSIDIADO

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 109511 **FECHA DE INGRESO:** 15/08/2025 12:50:11 p. m.
PERTENENCIA SOCIOECONÓMICA: Otro **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 901 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 266 - URGENCIAS OBSERVACION UI SAN FRANCISCO

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE
Médicos	15/08/2019 8:34:42 a. m.	NO
Quirúrgicos	15/08/2019 8:34:42 a. m.	NO
Alérgicos	15/08/2019 8:34:42 a. m.	NO
Tóxicos	15/08/2019 8:34:42 a. m.	FUMADOR 4 CIG DIA POR 10 AÑOS
Familiares	15/08/2019 8:34:42 a. m.	NO
Quirúrgicos	8/08/2020 8:21:01 a. m.	FAQUECTOMIA BILATERAL
Médicos	25/08/2020 8:38:15 a. m.	HTA NO TRATADA
Médicos	24/09/2020 9:10:08 a. m.	HTA , EPOC
Médicos	7/03/2025 9:31:48 a. m.	HTA , EPOC

IMPRESION DIAGNOSTICA

CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
I469	PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	☑

PLAN DE MANEJO

CANTIDAD	PRODUCTO	OBSERVACIONES

EXAMENES SOLICITADOS

CANTIDAD	EXAMEN

LICENCIADO A: UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - TSE) NIT (809005590-2)

U.S.I.

HISTORIA CLÍNICA
EVOLUCION MEDICA

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 5628939 **Fecha de Folio:** 19/08/2025 19:27 **Nº FOLIO:** 47
Nombre Paciente: [illegible]
Fecha Nacimiento: [illegible] **Edad Actual:** 67 Años / 6 Meses / 17 Días **Identificación:** 5808939 **Sexo:** Masculino
Dirección: KM AMBALA CRA 58 NRO 19 **Estado Civil:** Soltero
Procedencia: IBAGUE **Teléfono:** 573202942896
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen Simplificado
Plan Beneficios: NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 SUBSIDIADO

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 3095211 **FECHA DE INGRESO:** 15/08/2025 12:50:11 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Otra **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 266 - URGENCIAS OBSERVACION U1 SAN FRANCISCO

1110581252
Médico 580

Profesional: CORTES CIENDUA JHON MARIO
Cédula: 1110581252
Tipo Medico: Medico General

Usuario: 1104706658
Nombre reporte : HCRDHistoRese

Outlook

Solicitud auxilio funerario adulto mayor en condición de abandono

Desde Trabajo Social USI Sur <trabajosocialusisur@gmail.com>
Fecha Mar 19/08/2025 9:20 PM
Para desarrollosocial@ibague.gov.co <desarrollosocial@ibague.gov.co>; gladyscastillo0108@hotmail.com <gladyscastillo0108@hotmail.com>

4 archivos adjuntos (897 KB)

CC Paciente Belisario Velasco.pdf; Certificado de defunción BV.pdf; HC Belisario Velasco.pdf; Sisben Paciente Belisario Velasco.pdf;

Señores:

Programa de Desarrollo Social
Alcaldía Municipal

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me permito solicitar el apoyo del Programa de Desarrollo Social frente al caso de adulto mayor en condición de abandono que lamentablemente falleció el día de hoy 19 de Agosto de 2025 a las 18+00.

Paciente BELISARIO VELASCO identificado con CC 5.808.939 de 97 años de edad, con seguridad social Nueva Eps, quien ingresó en ambulancia el pasado 15 de agosto a la Unidad Intermedia del Hospital San Francisco, en mal estado general, postrado, en estado de desnutrición, con heridas múltiples de escaras por presión que evidencian una situación de abandono.

Dado que el señor no contaba con familiares ni personas cercanas que puedan asumir los gastos funerarios, solicitamos respetuosamente el acompañamiento y la autorización del auxilio funerario que la Alcaldía brinda en estos casos, con el fin de garantizar una disposición final del cuerpo.

Se adjuntan para su revisión los siguientes documentos:

- Historia clínica

- Certificado de defunción

- Copia Cédula de Ciudadanía

- Sisben (Grupo A4)

Agradezco de antemano la atención prestada y quedo atenta a cualquier información o documentación adicional que se requiera.

Cordialmente,

Luisa Fernanda Liberato

Información Básica

Código Colombia Mayor

58113

Fecha de Inscripción

01/01/1900

Estado beneficiario

Activo

Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

Número de cédula

5808939

Fecha de expedición

17/11/1968

Nombres

BELISARIO

Apellidos

VELASCO

Fecha de nacimiento

01/02/1928

Edad actual

97

Sexo

Hombre

Fecha de Activación

01/01/2009

Turno de Priorización

Resultado SISBEN

cc 5.808.939

Alcaldía de IBAGUÉ

ibagué capital musical

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 21 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 21 DE JULIO DE 2021

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: MARTHA CECILIA BARBOSA VASQUEZ

IDENTIFICACIÓN: 65779773

DIRECCIÓN: CEMENTERIO SAN BONIFACIO

TELÉFONO: 3224268389

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: HIJA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: DEYANIRA VASQUEZ DE ZAPATA

IDENTIFICACIÓN: 65455020

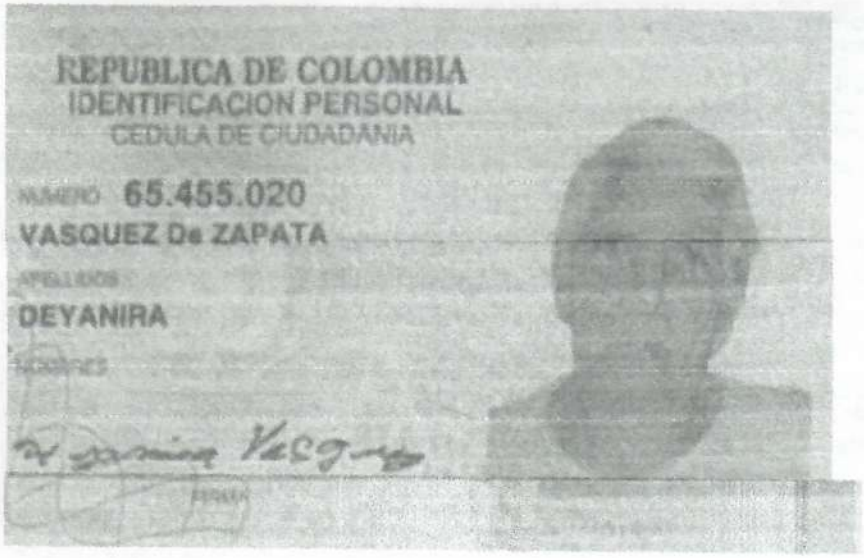
PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE EXHUMACION

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL EXHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.455.020
VASQUEZ De ZAPATA
APELLIDOS
DEYANIRA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1948
[illegible] IA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-NOV-1977 ROVIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2900100-00633279-F-00655020-[illegible] 00499187116A 2

DANE
INFORMACIÓN PARA TODOS

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, según prerrogativa legal vigente establecida por la ley 79 de 1993, Artículo 5°

337-21 NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

72416542 - 0

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Departamento: Tolima Municipio: Ibagué

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
- [X] Cabecera municipal
- [ ] Centro poblado: ____ Inspección, corregimiento o caserío
- [ ] Rural disperso

TIPO DE DEFUNCIÓN
- [ ] Fetal
- [X] No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
21 Año
07 Mes
28 Día

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
__ Hora __ Minutos
[X] Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO
- [ ] Masculino
- [X] Femenino
- [ ] Indeterminado

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
Primer apellido: Vejarel Segundo apellido: De Parra
Primer nombre: Deyanira Segundo nombre:

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
- [ ] Registro civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Sin información
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Otra: ¿Cuál? ____

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD): 65455820

PROBABLE MANERA DE MUERTE
- [ ] Natural
- [X] Violenta
- [ ] En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO
- [ ] 1. Indígena — ¿A cuál pueblo indígena pertenece? ____
- [ ] 2. Gitano(a) o Rrom
- [ ] 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- [ ] 4. Palenquero(a) de San Basilio
- [ ] 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- [X] 6. Ninguno de las anteriores

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Primer apellido: Diaz Segundo apellido: Cruz-10 Primer nombre: Erich Segundo nombre: Fabian

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD): 93452041

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
- [X] Médico
- [ ] Enfermero(a)
- [ ] Auxiliar de enfermería
- [ ] Promotor(a) de salud

REGISTRO PROFESIONAL: 93452041

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Departamento: Tolima
Municipio: Ibague
2021 Año 07 Mes 28 Día

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.779.773
BARBOSA VASQUEZ
APELLIDOS
MARTHA CECILIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1978
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-JUL-1996 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900150-00741738-F-0065779773-20150827 0046067022A 1 1613486089

Sisbén

Verificación - Calidad del Registro - Desmejoramiento en variables de nivel educativo

Fecha de consulta: 12/08/2025

Ficha: 7300112267480000237

A4

GRUPO SISBEN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTHA CECILIA

Apellidos: BARBOSA VASQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 65779773

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/10/2023

Última actualización ciudadano: 09/10/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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



A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No. 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

1/1

Sisbén

Fecha de consulta: 19/08/2025

Ficha: 73001122674800000237

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTHA CECILIA

Apellidos: BARBOSA VASQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 65779773

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/10/2023

Última actualización ciudadano: 09/10/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	65779773
NOMBRES	MARTHA CECILIA
APELLIDOS	BARBOSA VASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/19/2025 09:54:01	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	65779773
NOMBRES	MARTHA CECILIA
APELLIDOS	BARBOSA VASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/19/2025 09:54:01	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

EL SUSCRITO CURA PARROCO

DE LA PARROQUIA DE CRISTO RESUCITADO Y ADMINISTRADOR DEL

CEMENTERIO SAN BONIFACIO

CERTIFICA QUE:

Que en este campo santo reposan los restos de quien en vida respondian a **VASQUEZ DE ZAPATA DEYANIRA**, con cedula de ciudadania Nro. 65455020. **Ubicados en el: PABELLÓN: 2 B NIVEL: 5 BOVEDA: 249** inhumada el 28 de JULIO 2021 **Con** plazo final para realizar la exhumación del 28 de JULIO del 2025 (a partir de esta fecha se dan 15 dias calendario para que la familia lo realice, según lo establece la resolución 5194 del 2010

Se expide a solicitud del interesado, a los 20 dias del mes de agosto del año 2025

Pbro.: JOSE MARIA RUSSY FORERO
Administrador – Representante Legal
Cementerio San Bonifacio de la ciudad de Ibagué

PARROQUIA CRISTO RESUCITADO

PARROQUIA CRISTO RESUCITADO

Nit 809001713-2 Responsable de IVA. Agente de retención en el impuesto de renta. Retenedor de ICA

Av 1 CALLE 32 ESQUINA IBAGUE TOLIMA Tel. (608)2714130 - 3052349666

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No

FVE 8277

BARBOSA MARTHA
CC 65779773
MZ R CS 5 BOSQUE PARTE BAJA 3224268389
Honda - Tolima

Ago-20-2025 CONTADO EFECTIVO

#	REF/COD.	DETALLE	UND/MED	%IVA	CANT.	VR/UNIT	VR/TOTAL
1	5179	CERTIFICACIONES Y/O CONSTANCIAS			1.00	10.000.00	10.000.00

OBSERVACIONES: - VASQUEZ DE ZAPATA DEYANIRA PABELLON 2 B NIVEL 6 BOVEDA 249 FECHA DE VENCIMIENTO 28-07-2025

Total items: 1

Representación gráfica Factura electrónica de venta. Fabricante software y proveedor tecnológico: SYSCAFE S.A.S Nit 900053580-7 Software Syscafe Autorización DIAN No 18764036922 de Feb-03-2025 Vigencia: 24 meses Desde: Feb-05-2025 Rango: FVE 5001-15000

10.000.00

Son: DIEZ MIL PESOS mcte

TOTALS **10.000.00**

CUFE: 4[illegible]

Fecha generación: 2025-08-20T09:55:00 Fecha expedición: 2025-08-20T09:55:00 Elaboró: SUPERVISORIO Pag 1/1

Gmail Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

Fwd: DOC-20250815-WA0100..pdf

Ricardo Rivas <rivasjr1975@gmail.com> 17 de agosto de 2025, 1:03 p.m.
Para: "gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com" <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

Señores alcaldía de Ibagué

Mi nombre es Martha Cecilia Barbosa Vasquez con cédula # 65779773 de Ibagué y
Comedidamente me dirijo a uds con el fin de solicitar el favor y me colaboren con una ayuda en la exhumación de los restos y osario de mi mami que falleció hace 4 años
Y no tengo los recursos económicos para sacarlos y dejarlos en un osario en el cementerio san Bonifacio yo soy una persona q vive de cuidar carros y la verdad acudo a uds porque no tengo quien me ayude

Agradezco su valiosa colaboración

Att
Martha Barbosa Vasquez

Cel. 3224268389

Mil bendiciones

---------- Forwarded message ---------
De: **Ricardo Rivas** <rivasjr1975@gmail.com>
Date: vie, 15 de ago de 2025, 6:18 p. m.
Subject: DOC-20250815-WA0100..pdf
To: desarrollosocial@ibague.gov.co <desarrollosocial@ibague.gov.co>

Señores alcaldía de Ibagué

Mi nombre es Martha Cecilia Barbosa Vasquez con cédula # 65779773 de Ibagué y
Comedidamente me dirijo a uds con el fin de solicitar el favor y me colaboren con una ayuda en la exhumación de los restos y osario de mi mami que falleció hace 4 años
Y no tengo los recursos económicos para sacarlos y dejarlos en un osario en el cementerio san Bonifacio yo soy una persona q vive de cuidar carros y la verdad acudo a uds porque no tengo quien me ayude

Agradezco su valiosa colaboración

Att
Martha Barbosa Vasquez

Cel. 3224268389

Mil bendiciones

DOC-20250815-WA0100..pdf
1203K

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 22 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 22 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: MARITZA DOMINGUEZ RENDON

IDENTIFICACIÓN: 38210147

DIRECCIÓN: CRA 4 ESTADIO # 37-06 B/ BOYACA

TELÉFONO: 3212631885

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: HIJA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: MARTHA CECILIA RENDON

IDENTIFICACIÓN: 24602827

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.602.827
RENDON

APELLIDOS
MARTA CECILIA

NOMBRES
Marta Rendon

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1959
PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-SEP-1981 CIRCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS MIGUEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2900100-00496147-F-0024602827-20130605 00332792164 4 6052224823

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25084020205182

La información contenida en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines específicamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

ÁREA EN LA QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, Corregimiento o Caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos
No fetal	2025-08-22	15:55:00

SEXO DEL FALLECIDO

Femenino

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	24602827

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RENDON		MARTA	CECILIA

PUEBLO Y MANERA DE MUERTE

Natural

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO

Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	14395561

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Escobar	García	Diego	Fernando

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Médico

REGISTRO PROFESIONAL

14395561

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Año - Mes - Día

2025-08-22

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha y hora de registro: 2025-08-22 19:19

Código verificación: 2369-B21F-EC25-32D1

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238374

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduria [ ] Notaria [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policia [ ] Codigo 7 5 40

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspeccion de Policia

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

RENDON MARTA CECILIA

Documento de identificacion (Clase y numero)	Sexo (en Letras)
C.C. 24602827 de CIRCASIA	Femenino

Datos de la defuncion

Lugar de la Defuncion: Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspeccion de Policia

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defuncion					Hora	Numero de certificado de defuncion
Año 2025	Mes AGO	Dia 22			15:55	25084020205182

Presuncion de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia		
X.X.X.X.X.X.X	Año XXXX	Mes XXX	Dia XX

Documento presentado				Nombre y cargo del funcionario
Autorizacion Judicial	[ ]	Certificado Medico	[X]	DIEGO FERNANDO ESCOBAR GARCIA

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificacion (Clase y numero)	Firma
C.C. 93394476 de IBAGUE	Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de identificacion (Clase y numero)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificacion (Clase y numero)	Firma

Fecha de inscripcion	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes AGO Dia 25	[illegible]

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

38.210.147

DOMINGUEZ RENDON

MARITZA



Maritza Dominguez

Cc. 38 210 147

T 3212631885

CRA 4 Estadio a N- 37 06

B/ Bayaca



01-MAY-1985

IBAGUE

(TOLIMA)

1.51 A+ F

24-JUL-2003 IBAGUE

Sisbén

Fecha de consulta: 22/08/2025

Ficha: 730010461405800021052

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTA CECILIA

Apellidos: RENDON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24602827

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/03/2025

Última actualización ciudadano: 15/05/2025

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: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	24602827
NOMBRES	MARTA CECILIA
APELLIDOS	RENDON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/22/2025 20:30:39	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 28 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 28 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: LUZ ANGELA ACOSTA GODOY

IDENTIFICACIÓN: 65738216

DIRECCIÓN: JARDIN DE LOS ABUELOS

TELÉFONO: 3214653180

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: TRABAJADORA SOCIAL

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: ABSALON PLATA

IDENTIFICACIÓN: 1857099

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.857.099
PLATA

APELLIDOS
ABSALON

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1934
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-OCT-1957 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2900100-01381593-M-0001857099-20230925 0136353877A 2 51948229

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25086620210385

La información consignada en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de habeas data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su acceso debe tener un fin legítimo y cumplir con los principios y garantías establecidas para el tratamiento de datos personales.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN País COLOMBIA	Departamento TOLIMA	Municipio IBAGUÉ	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Área Cabecera Municipal		Centro Poblado (inspección, corregimiento o vereda)	
TIPO DE DEFUNCIÓN No fetal	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día 2025-08-28	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos 08:17:00	
SEXO DEL FALLECIDO Masculino	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento Cédula de ciudadanía	Número de documento 1857099	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido PLATA	Segundo apellido	Primer nombre ABSALON	Segundo nombre
PROBABLE MANERA DE MUERTE Natural	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO Pertenencia Étnica Ninguno de los anteriores	¿A cuál pueblo indígena pertenece?	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR Tipo de documento Cedula de ciudadania		Número de documento 93368748	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR Primer apellido GALICIA	Segundo apellido TIQUE	Primer nombre JESUS	Segundo nombre ERNESTO
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN Medico		REGISTRO PROFESIONAL 239302006	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento TOLIMA		Municipio IBAGUE	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día 2025-08-28		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	

Jesus Ernesto Galicia
Medico General
R M. 23930206

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-08-28 17:16

Código verificación: A8E4-9E52-E716-78DD

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238380

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina | Número | Consulado | Corregimiento e Inspección de Policía | Código

País | Departamento | Municipio | Corregimiento e Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

PLATA ARSALON

Documento de identificación (Clase y número) | Sexo

C.C. 1857099 de LA-UNION | Masculino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País | Departamento | Municipio | Corregimiento e Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción

Año 2025 Mes AGO Día 28 | 08:17 | 25086620210785

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia | Fecha de la sentencia

X.X.X.X.X.X.X | Año XXXX Mes XXX Día XX

Documento presentado | Nombre y cargo del funcionario

Autorización judicial: | Certificado Médico: X | JESUS ERNESTO GALICIA TIQUE

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de identificación (Clase y número) | Firma

C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de identificación (Clase y número) | Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de identificación (Clase y número) | Firma

Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2025 Mes AGO Día 29

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO


REPUBLICA DE COLOMBIA
65.738.216
ACOSTA GODOY
LUZ ANGELA


FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1967
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
01-OCT-1985 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1857099
NOMBRES	ABSALON
APELLIDOS	PLATA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	16/05/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/28/2025 17:27:37	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
HISTORIA CLINICA
EVOLUCION ADICIONAL

Pagina 1/4

FOLIO N 1962

Documento / Historia: Cedula Ciudadania 1857035

DATOS PERSONALES
Nombre Paciente: ABSALON PLATA
Edad: 90 Años 7 Meses 1 Dias
Fecha Nacimiento: 31/12/1934
Procedencia: IBAGUE
Sexo Biologico: Masculino
Direccion: JARDIN DE LOS ABUELOS
Ingreso: 786661
Estado Civil: Soltero
Telefono: 31830201563
Fecha Ingreso: 29/07/2025 10:25:57 a.m.

DATOS DE AFILIACION
Entidad: NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
Nombre Acompañante: LIDA SAAVEDRA
Parentesco Acompañante: LIDA SAAVEDRA
Fecha de grabacion de folio: 29/07/2025 10:37:14 a.m.
Servicio de Ingreso: 330
Regimen: Subsidiado
Telefono: 31830201563
Telefono: 31830201563
Area de Servicios: 601 - FRANCIA - CONSULTA URGENCIAS
Servicio de Egreso: 330
Estrato: RANGO IA | ESTRATO 1
Parentesco: ENFERMERA

ANALISAMIENTO
CLASIFICACION SOL: EVOLUCION ADICIONAL

No Admin
*** EVOLUCION DIARIA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO ***

PACIENTE MASCULINO DE 90 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:
-DOLOR ONCOLOGICO MODULADO
-DEPENDENCIA FUNCIONAL TOTAL
-PACIENTE INSTITUCIONALIZADO HOGAR GERIATRICO DESDE JULIO 2025
- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
-DIFICULTADES ENTREGA MEDICACION

DIAGNOSTICO ONCOLOGICO:
1. CA ESCAMOCELULAR DE CUELLO ULCERADO Y SOBREINFECTADO CON SANGRADO ACTIVO

SUBJETIVO: PACIENTE SIN FAMILIAR, REFIERE QUE TIENE BUEN CONTROL DE DOLOR, NO NAUSEAS, NO EMESIS
BUEN PATRON DE SUEÑO

FLACCO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CABEZA: NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS
CUELLO: MOVIL,SIMETRICO, NO ADENOPATIAS, LESION DEBIDO A CA ESCAMOCELULAR CUBIERTO SIN SANGRADO O SECRECION
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE
ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN GLOBO VESICAL
GENITOURINARIO: PUÑO PERCUSION NEGATIVA, SONDA VESICAL FUNCIONAL, CON ORINA CLARA
MUSCULO ESQUELETICO: SIMETRICOS, MOVILES
NEUROLOGICO: ALERTA,SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO

PACIENTE MASCULINO DE 90 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE CA CA ESCAMOCELULAR A NIVEL DE CARA Y PARTE DE CUELLO, QUIEN ES TRAIDO POR CUIDADOR DE FUNDACION DEBIDO A SANGRADO DE LESION TUMORAL. PACIENTE CONOCIDO PREVIAMENTE POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA, QUIENES YA INDICARON MANEJO PREVIO. SIN EMBARGO PRESENTA DIFICULTADES SOCIALES PARA ENTREGA Y ADHERENCIA A MEDICACION, NO PRESENTA ADECUADA ADHERENCIA A TRATAMIENTO ONCOLOGICO. AL DIA DE HOY, CON NOTABLE MEJORIA CLINICA DE ESTADO DE ALERTAMIENTO Y SINTOMAS DE DOLOR Y SANGRADO, SE INDICA EGRESO, SE ENTREGARAN FORMULAS AMBULATORIAS PARA CONSECUCINO DE MEDICAMENTOS.

PLAN
SE CIERRA IC
BUPRENORFINA 10 MCG HORA, PONER PARCHE EN ZONA INFRACLAVICULAR O ESCAPULAR, CAMBIO CADA SEMANA, INICIO 1.08, CAMBIO 8.08.2025
SUSPENDER MORFINA AMP 2MG IV CADA 4 HORAS (HORARIO)
-DEJAR RESCATE MORFINA 1 MG SI DOLOR INTENSO, MAXIMO 4 EN 24 HORAS
PARACETAMOL AMP 1000MG IV CADA 8 HORAS

PLAN AMBULATORIO
CITA CONTROL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EN 1 MES
BUPRENORFINA 10 MCG HORA, PONER PARCHE EN ZONA INFRACLAVICULAR O ESCAPULAR, CAMBIO CADA SEMANA, INICIO 1.08- CAMBIO 8.08.2025
ACETAMINOFEN 500 MG VIA ORAL CADA 8 HORAS
BISACODILO 5 MG VO NOCHE SI PRESENTA ESTREÑIMIENTO

SE ENTREGA ORDENES A PERSONAL DE ENFERMERIA, SE ESPERARA APOYO GRUPO DE TRABAJO SOCIAL PARA DEFINIR RETORNO A HOGAR GERIATRICO DONDES ESTA INSTITUCIONALIZADO EL PACIENTE

UD INTERCONSULTA? NO MOTIVO

N DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

NOMBRE OBSERVACIONES PRINCIPAL TIPO

Fecha de Impresión: sábado, 02 agosto 2025

Alcaldía de
IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 29 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 29 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: LUZ ANGELA ACOSTA GODOY

IDENTIFICACIÓN: 65738216

DIRECCIÓN: JARDIN DE LOS ABUELOS

TELÉFONO: 3214653180

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: TRABAJADORA SOCIAL

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: MERCEDES AVILA CORDOBA

IDENTIFICACIÓN: 24297656

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.297.656

AVILA CORDOBA

APELLIDOS

MERCEDES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1942

MUZO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.43 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

26-AGO-1969 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100-00255831-F-0024297656-20100915 00239 6242 9H 1 6370918483

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25087320210738

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	-

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-08-29	03:10:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	24297656

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
AVILA	CORDOBA	MERCEDES	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	24339297

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RODRIGUEZ	MENDOZA	BRENDA	CAROLINA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Medico	2655

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-08-29	

DR. BRENDA C. RODRIGUEZ M
MEDICO CIRUJANO
R.M. 2655

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-08-29 04:57

Código verificación: 991C-3634-FD20-D3FB

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238381

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduria | Notaria | 03 Consulado | Corregimiento | Insp. de Policia | Codigo

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspeccion de Policia: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos: AVILA CORDOBA MERCEDES

Documento de identificacion (Clase y numero): C.C. 24297656 de MANIZALES

Sexo (en Letras): Femenino

Datos de la defuncion

Lugar de la Defuncion: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspeccion de Policia: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defuncion: Año 2025 Mes AGO Dia 29 | Hora: 03:10 | Numero de certificado de defuncion: 25087320210738

Presuncion de muerte

Juzgado que profiere la sentencia: X.X.X.X.X.X.X

Fecha de la sentencia: Año XXXX Mes XXX Dia X

Documento presentado: Autorizacion judicial [ ] Certificado Medico [X]

Nombre y cargo del funcionario: BRENDA CAROLINA RODRIGUEZ MENDOZA

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y numero): C.C. 93394476 de IBAGUE

Firma: Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documentos de Identificacion (Clase y numero):

Firma:

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documentos de Identificacion (Clase y numero):

Firma:

Fecha de inscripcion

Año 2025 Mes AGO Dia 29

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO


REPUBLICA DE COLOMBIA
65.738.216
ACOSTA GODOY
LUZ ANGELA


FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1967
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
01-OCT-1986 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

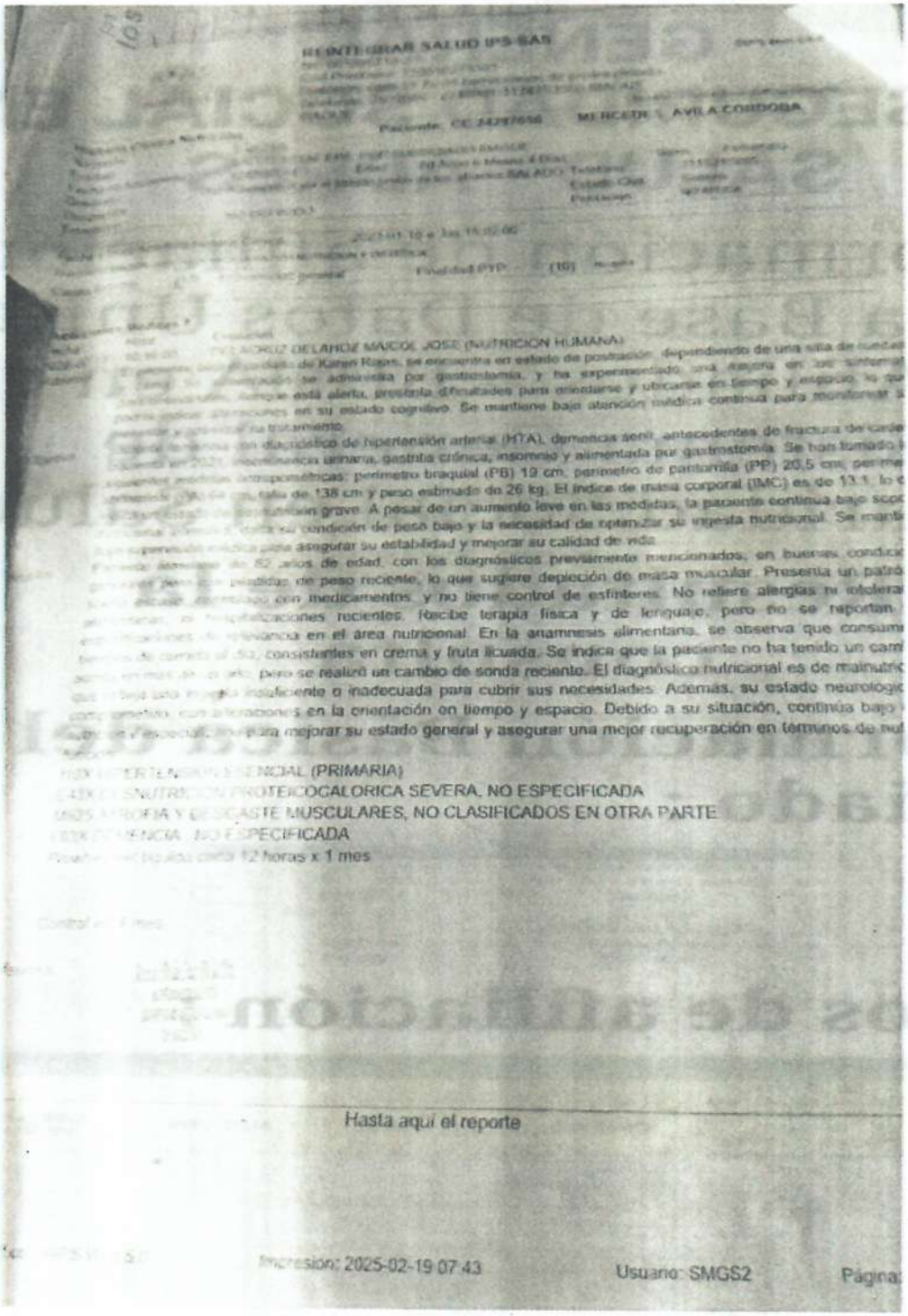
Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	24297656
NOMBRES	MERCEDES
APELLIDOS	AVILA CORDOBA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 08/29/2025 08:04:54 | Estación de origen: 192.168.70.220



REINTEGRAR SALUD IPS SAS

Paciente: CC 24297656 MERCEDES AVILA CORDOBA

Edad: 80 Años 4 Meses 4 Días

Estado Civil: Viudo

Finalidad PYP (16)

...ROZ DELAHOZ MARCOS JOSE (NUTRICION HUMANA)

...de Karen Rojas, se encuentra en estado de postración dependiendo de una silla de ruedas ...se administra por gastrostomía, y ha experimentado una mejoría en su síntomas ...está alerta, presenta dificultades para orientarse y ubicarse en tiempo y espacio, lo que ...en su estado cognitivo. Se mantiene bajo atención médica continua para monitorear s... ...tratamiento.

...diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), demencia senil, antecedentes de fractura de cade... ...incontinencia urinaria, gastritis crónica, insomnio y alimentada por gastrostomía. Se han tomado l... ...antropométricas: perímetro braquial (PB) 19 cm, perímetro de pantorrilla (PP) 20,5 cm, peso ... talla de 138 cm y peso estimado de 26 kg. El índice de masa corporal (IMC) es de 13.1, lo c... ...malnutrición grave. A pesar de un aumento leve en las medidas, la paciente continua bajo supe... ...su condición de peso bajo y la necesidad de optimizar su ingesta nutricional. Se manti... ...para asegurar su estabilidad y mejorar su calidad de vida.

...de 82 años de edad, con los diagnósticos previamente mencionados, en buenas condici... ...pérdida de peso reciente, lo que sugiere depleción de masa muscular. Presenta un patró... ...con medicamentos, y no tiene control de esfínteres. No refiere alergias ni intolerai... ...hospitalizaciones recientes. Recibe terapia física y de lenguaje, pero no se reportan ... ...relevancia en el área nutricional. En la anamnesis alimentaria, se observa que consum... ...consistentes en crema y fruta licuada. Se indica que la paciente no ha tenido un cam... ...pero se realizó un cambio de sonda reciente. El diagnóstico nutricional es de malnutric... ...insuficiente o inadecuada para cubrir sus necesidades. Además, su estado neurologic... ...en la orientación en tiempo y espacio. Debido a su situación, continúa bajo ... ...para mejorar su estado general y asegurar una mejor recuperación en términos de nut...

...ENCIAL (PRIMARIA)
...NUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA
...RIA Y DESGASTE MUSCULARES, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
...NCIA, NO ESPECIFICADA
...12 horas x 1 mes

Hasta aquí el reporte

Impresión: 2025-02-19 07:43 Usuario: SMGS2 Página:

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 29 DE AGOSTO DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 29 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: PATRICIA CARVAJAL RAMIREZ

IDENTIFICACIÓN: 31190922

DIRECCIÓN: MANZANA 20 CASA 17 B/ PROTECHO

TELÉFONO: 3166031664

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: TIA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: DANIEL CALVACHE CARVAJAL

IDENTIFICACIÓN: 4899288

PROGRAMA: VICTIMA DE CONFLICTO

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
4.899.285
CALVACHE CARVAJAL
DANIEL


23-JUN-1967
IBAGUE
(TOLIMA)
1.65
B+
M
21-OCT-1985 COLOMBIA

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25081520210736

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de esta norma de orden público y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN País COLOMBIA	Departamento TOLIMA	Municipio IBAGUÉ	
AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN Área Cabecera Municipal		Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)	
TIPO DE DEFUNCION No fetal	FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día 2025-08-29		HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos 04:10:00
SEXO DEL FALLECIDO Masculino	IDENTIFICACION DEL FALLECIDO Tipo de documento Cédula de ciudadanía		Numero de documento 4899288
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido CALWACHE	Segundo apellido CARVAJAL	Primer nombre DANIEL	Segundo nombre
PROBABLE MANERA DE MUERTE Natural	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO Pertenencia étnica Ninguno de los anteriores		¿A cuál pueblo indígena pertenece?

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR Tipo de documento Cédula de ciudadanía			Número de documento 79837713
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR Primer apellido REYES	Segundo apellido TELLEZ	Primer nombre RONALD	Segundo nombre STEVEN
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN Médico		REGISTRO PROFESIONAL 73689	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento TOLIMA		Municipio IBAGUÉ	
FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día 2025-08-29		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN Ronald R	

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-08-29 04:42:

Código verificación: 4FEC-BB10-C3CD-[illegible]

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238382

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduria | Notaria | 03 Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Codigo

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspeccion de Policia

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

CALVACHE CARVAJAL DANIEL

Documento de identificacion (Clase y número)	Sexo en Letras
C.C. 4899288 de COLOMBIA	Masculino

Datos de la defuncion

Lugar de la Defuncion: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspeccion de Policia

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defuncion	Hora	Numero de certificado de defuncion
Año 2025 Mes AGO Dia 29	04:10	25081520210776

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
X.X.X.X.X.X.X	Año XXXX Mes XXX Dia XX

Documento presentado			Nombre y cargo del funcionario
Autorizacion judicial		Certificado Medico	X	RONALD STEVEN REYES TELLEZ

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93394476 de IBAGUE	Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificacion (Clase y numero)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificacion (Clase y numero)	Firma

Fecha de inscripcion	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes AGO Dia 29	

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



10-SEP-1985

TULUA

VALLE

1.56 A+ F

11-OCT-1976 TULUA

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	4899288
NOMBRES	DANIEL
APELLIDOS	CALVACHE CARVAJAL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/02/2025 08:43:24	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: **2025-1447262-1**
Fecha: 25/08/2025 16:05:20 PM

Firmado por: Francisco Yesid Triana Castillo 2025/08/25 04:05:22 241

Bogotá, lunes 25 de agosto de 2025

Señor(a)
DANIEL CALVACHE CARVAJAL
Dirección: cl 4 12 22
Teléfono: 8618464 - 3173822587
Ibagué, Tolima, 48

La UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS hace constar que, una vez consultado el Registro Único de Víctimas (RUV) el día **lunes 25 de agosto de 2025**, el(la) señor(a) **DANIEL CALVACHE CARVAJAL**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4899288**, evidencia el siguiente reporte de estado y hecho(s) victimizante(s):

DECLARACION/ RADICADO	ID	ESTADO VALORACION	HECHO(S) VICTIMIZANTES(	FECHA HECHO VICTIMIZANTE	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
667119	667119(SIPOD)	Incluido	Desplazamiento Forzado	28/03/2008	Huila (41)	Colombia (41206)

ADVERTENCIA: Esta constancia se expide a petición del(a) interesado(a), previa verificación de su identidad, y da cuenta del estado de inscripción en el Registro Único de Víctimas, los hechos victimizantes por los que fue valorado y el lugar de ocurrencia de cada hecho, a la fecha de su expedición. El presente documento es de carácter personal e intransferible.

Al respecto, es preciso indicar que de conformidad con el artículo 15 de la Constitución, toda la información suministrada por la Víctima y aquella relacionada con la solicitud de registro es de carácter RESERVADO, según lo citado en el parágrafo 1° del artículo 156 de la Ley 1448 de 2011. En todo caso se deberá garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información.

De acuerdo con lo anterior y dadas las facultades legales descritas no se emitirán copias de este documento a ninguna otra entidad, ni persona natural o jurídica.

LOS TRÁMITES Y SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS SON GRATUITOS Y NO REQUIEREN DE INTERMEDIARIOS

FRANCISCO YESID TRIANA CASTILLO
Director de Registro y Gestión de la Información (E)
Unidad para las Víctimas

CLINICA TOLIMA
SALUD CON SENTIDO HUMANO
NIT. 890.703.630 - 7
PBX: 270 8000 • Fax: 270 8002 E-mail: info@clinicatolima.com
Cra. 1 No. 12-22. Ibagué - Tolima

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 4899288**		
Paciente: **DANIEL CALVACHE CARVAJAL**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **23/06/1967 00:00**		
Edad y género: **58 Años y 2 Meses, Masculino**		
Identificador único: **2110898-1**	Financiador: **E.P.S. FAMISANAR S.A.S.**	
Ubicación: **UCI ADULTOS**	Servicio: **U.C.I. ADULTOS**	Cama:

HISTORIA CLÍNICA

INFORME DE EPICRISIS

INGRESO DEL PACIENTE

Servicio de Ingreso: URGENCIAS **Fecha y hora de ingreso:** 17/08/2025 20:17 **Número de ingreso:** 2110898 - 1

Remitido de otra IPS: No Remitido

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN INICIAL

Fuente de la información, motivo de consulta y enfermedad actual

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha 29/08/2025

Grupo	Descripción
PATOLOGICOS	NO HAY DATOS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Resumen general de la estancia del paciente

PATOLOGICOS:
Se adiciona(n) el antecedente:
NO HAY DATOS
Fecha: 17/08/2025 21:50
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45°, sin soporte de oxigeno suplementario con saturaciones en metas glasgow 3/15 con signos vitales estables dentro de su condición medica, se inicia oxigenoterapia venturi 30% se traslada paciente a TAC de craneo, informa lesion en region oxipital, se traslada paciente a sala de reanimación para asegurar via aerea, se asiste intubación orotraqueal con tubo N° 7.5 fijo en 22 en comisura labial derecha, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza aspiración de secreciones con características mucoides en moderada cantidad por tubo y por boca se conectado a ventilación mecánica modo A/C acoplada a la ventilación. Procedimiento sin complicaciones.
Objetivo: Monitore3o ventilatorio.
Fecha: 18/08/2025 17:45
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45°,conectado a ventilación mecánica modo A/C VC 400 FR 18 FIO2 30% PEEP 6 acoplada a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7.5 fijo en 22 cms en comisura labial derecho, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucoides en escasa cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se lubrica labios y comisura labial con vaselina, se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal.
Procedimiento sin complicaciones.
Objetivo: .
Fecha: 18/08/2025 17:48
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45°,conectado a ventilación mecánica modo A/C VC 400 FR 18 FIO2 30% PEEP 6 acoplada a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7.5 fijo en 22 cms en comisura labial derecho, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucoides en escasa cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se lubrica labios y comisura labial con vaselina, se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal.
Procedimiento sin complicaciones.
se realiza traslado de paciente a imagenes diagnosticas sin complicaciones
Objetivo: .
Fecha: 18/08/2025 22:47
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: -----
Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE GENERO MASCULINO DE 58 AÑOS, EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, DIAGNOSTICOS REGISTRADOS EN HISTORIA CLINICA, CON GOTEO DE SEDOANALGESIA, SIN RELAJACION NEUROMUSCULAR, SIN INOTROPIA NI SOPORTE VASOPRESOR, SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO DADO POR TUBO ENDOTRAQUEAL N 7.5 FIJO EN COMISURA LABIAL A 22 CMS, ACOPLADO A VENTILACION MECANICA INVASIVA EN MODO BILEVEL CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS VENTILATORIOS FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO 30%, PRESION INSPIRATORIA 22, FRECUENCIA RESPIRATORIA 14, PRESION POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACION 6, TIEMPO INSPIRATORIO: 0.8, MECANICA PULMONAR PRESION PICO 20, PRESIN MEDIA 10, PRESION PLATEAU 14, DRIVING PRESSURE 8, DISTENSIBILIDAD ESTATICA 56, VOLUMEN MINUTO 8.05, VOLUMEN CORRIENTE 554, PREVIO LAVADO DE MANOS Y HACIENDO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA DADA POR DRENAJE POSTURAL, ACELERACION DE FLUJO, VIBRACION, DESCARGAS DIAFRAGMATICAS, HIGIENE BRONQUIAL CON SONDA DE SUCCION CERRADA N 14 SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOPURULENTAS EN ABUNDANTE CANTIDAD, POR BOCA CON SONDA NELATON N 14 SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES EN MODERADA CANTIDAD, HIGIENE ORAL CON CEPILLO Y CREMA DENTAL MAS CLORHEXIDINA, MEDICION DE PRESION DEL NEUMOTAPONADOR, PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN COMPLICACIONES.
Fecha: 19/08/2025 04:34

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 4899288**		
Paciente: **DANIEL CALVACHE CARVAJAL**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **23/06/1967 00:00**		
Edad y género: **58 Años y 2 Meses, Masculino**		
Identificador único: **2110898-1**	Financiador: **E.P.S. FAMISANAR S.A.S.**	
Ubicación: **UCI ADULTOS**	Servicio: **U.C.I. ADULTOS**	Cama:

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ------
Objetivo: CONTINUA PACIENTE GENERO MASCULINO DE 58 AÑOS, EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, DIAGNOSTICOS REGISTRADOS EN HISTORIA CLINICA, CON GOTEO DE SEDOANALGESIA, SIN RELAJACION NEUROMUSCULAR, SIN INOTROPIA NI SOPORTE VASOPRESOR, SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO DADO POR TUBO ENDOTRAQUEAL N 7. 5 FIJO EN COMISURA LABIAL A 22 CMS, ACOPLADO A VENTILACION MECANICA INVASIVA EN MODO BILEVEL CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS VENTILATORIOS FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO 30%, PRESION INSPIRATORIA 18, FRECUENCIA RESPIRATORIA 14, PRESION POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACION 6, PRESION SOPORTE 12, TIEMPO INSPIRATORIO: 0. 8, MECANICA PULMONAR PRESION PICO 20, PRESIN MEDIA 10, PRESION PLATEAU 14, DRIVING PRESSURE 8, DISTENSIBILIDAD ESTATICA 56, VOLUMEN MINUTO 8. 05, VOLUMEN CORRIENTE 554, PREVIO LAVADO DE MANOS Y HACIENDO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA DADA POR DRENAJE POSTURAL, ACELERACION DE FLUJO, VIBRACION, DESCARGAS DIAFRAGMATICAS, HIGIENE BRONQUIAL CON SONDA DE SUCCION CERRADA N 14 SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOPURULENTAS EN ABUNDANTE CANTIDAD, POR BOCA CON SONDA NELATON N 14 SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES EN MODERADA CANTIDAD, HIGIENE ORAL CON CEPILLO Y CREMA DENTAL MAS CLORHEXIDINA, MEDICION DE PRESION DEL NEUMOTAPONADOR, PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN COMPLICACIONES.
Fecha: 19/08/2025 12:02
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica modo Bilevel con parametros, Vc espontaneo 460, Fr 12, Fr espontanea 24, FIO2 30% Peep bajo 6, Peep alto 18, Ps 10, con mecanica Ppico 20, Pmedia 10, I:E 1:2, Vol minuto 10, acoplada a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cms en comisura labial derecho, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucoides en escasa cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se lubrica labios y comisura labial con vaselina, se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones.

Objetivo: Monitoreo ventilatorio.
Fecha: 19/08/2025 13:20
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD DE GENERO MASCULINO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON DIAGNOSTICO MEDICO REGISTRADO EN HISTORIA CLINICA HEMODINAMICAMENTE EN REGULARES CONDICIONES, PACIENTE EN CAMA CABECERA A 45° EN POSICION SUPINO CON TOBO OROTRAQUEAL CONECTADO A VENTILACION MECANICA SATURANDO ADECUADAMENTE CON EXTREMIDADES SIMETRICAS, RANGO ARTICULAR COMPLETO LIMITADO, NO EDEMA
Objetivo: PREVENIR DESCANDICIONAMIENTO FISICO
PREVIR UPP
Fecha: 19/08/2025 17:11
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica modo Bilevel con parametros, Vc espontaneo 460, Fr 12, Fr espontanea 24, FIO2 30% Peep bajo 6, Peep alto 18, Ps 10, con mecanica Ppico 20, Pmedia 10, I:E 1:2, Vol minuto 10, acoplada a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cms en comisura labial derecho, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucoides en escasa cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se lubrica labios y comisura labial con vaselina, se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones.
Objetivo: Monitoreo ventilatorio.
Fecha: 19/08/2025 23:31
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica modo A/C VC 400 FR 18 FIO2 30% PEEP 6 acoplada a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cms en comisura labial derecho, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucoides en escasa cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se lubrica labios y comisura labial con vaselina, se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones.
Objetivo: .
Fecha: 20/08/2025 07:18
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica modo A/C VC 400 FR 18 FIO2 30% PEEP 6 acoplada a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cms en comisura labial derecho, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucoides en escasa cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se lubrica labios y comisura labial con vaselina, se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones.
Objetivo: .
Fecha: 20/08/2025 11:57
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD DE GENERO MASCULINO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON DIAGNOSTICO MEDICO REGISTRADO EN HISTORIA CLINICA HEMODINAMICAMENTE EN REGULARES CONDICIONES, PACIENTE EN CAMA CABECERA A 45° EN

Firmado electrónicamente

CLINICA TOLIMA
NIT. 890.703.630 - 7
PBX: 270 8000 • Fax: 270 8002 E-mail: info@clinicatolima.com
Cra. 1 No. 12-22. Ibagué - Tolima

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 4899288**		
Paciente: **DANIEL CALVACHE CARVAJAL**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **23/06/1967 00:00**		
Edad y género: **58 Años y 2 Meses, Masculino**		
Identificador único: **2110898-1**	Financiador: **E.P.S. FAMISANAR S.A.S.**	
Ubicación: **UCI ADULTOS**	Servicio: **U.C.I. ADULTOS**	Cama:

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

POSICION SUPINO CON TOBO OROTRAQUEAL CONECTADO A VENTILACION MECANICA SATURANDO ADECUADAMENTE CON EXTREMIDADES SIMETRICAS, RANGO ARTICULAR COMPLETO LIMITADO, NO EDEMA
Objetivo: PREVENIR DESCANDICIONAMIENTO FISICO
PREVIR UPP
Fecha: 20/08/2025 12:10
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 24 FIO2 30% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucupurulentas en moderada cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios

Se traslada paciente a TAC de craneo y ecografia de vasos de cuello
Objetivo: Vigilar mecanica ventilatoria y oximetria
Fecha: 20/08/2025 18:15
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 24 FIO2 30% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucupurulentas en moderada cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios
Objetivo: Vigilar mecanica ventilatoria y oximetria
Fecha: 20/08/2025 22:22
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica modo Bilevel con parametros, Vc espontaneo 420, Fr 12, Fr espontanea 15, FIO2 30% Peep bajo 6, Peep alto 18, Ps 10, con mecanica Ppico 20, Pmedia 10, I:E 1:2, Vol minuto 9.0, acoplada a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cms en comisura labial derecho, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucoides en escasa cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se lubrica labios y comisura labial con vaselina, se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones.
Objetivo: Monitoreo ventilatorio.
Fecha: 21/08/2025 05:41
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica modo Bilevel con parametros, Vc espontaneo 420, Fr 12, Fr espontanea 15, FIO2 30% Peep bajo 6, Peep alto 18, Ps 10, con mecanica Ppico 20, Pmedia 10, I:E 1:2, Vol minuto 9. 0, acoplada a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cms en comisura labial derecho, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucoides en escasa cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se lubrica labios y comisura labial con vaselina, se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Se realiza procedimiento al paciente; previa asepsia y antisepsia con sachet con clorhexidina al 2% mas alcohol se realiza punción en arteria radial derecha al intento N° 1 se toma muestra de sangre para gases arteriales con jeringa heparinizada ,se realiza presión en sitio de punción durante 1 minuto, sin evidencia de sangrado activo se envía para procesamiento. Procedimiento sin complicación
Objetivo: Monitoreo ventilatorio.
Fecha: 21/08/2025 12:08
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ---
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 24 FIO2 30% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucupurulentas en moderada cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios
Fecha: 21/08/2025 12:24
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD DE GENERO MASCULINO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON DIAGNOSTICO MEDICO REGISTRADO EN HISTORIA CLINICA HEMODINAMICAMENTE EN REGULARES CONDICIONES, PACIENTE EN CAMA CABECERA A 55° EN POSICION SUPINO CON TOBO OROTRAQUEAL CONECTADO A VENTILACION MECANICA SATURANDO ADECUADAMENTE CON EXTREMIDADES

Firmado electrónicamente

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

SIMETRICAS, RANGO ARTICULAR COMPLETO LIMITADO, NO EDEMA
Objetivo: PREVENIR DESCANDICIONAMIENTO FISICO
PREVIR UPP
Fecha: 21/08/2025 16:56
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ---
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 12 FIO2 35% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con caracteristicas mucupurulentas en moderada cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. . Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios
Fecha: 22/08/2025 00:25
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: .
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en malas condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:500 PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 12 FIO2 35% PIP 20) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucupurulentas en moderada cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente en iguales condiciones generales,con iguales parametros ventilatorios
.
monitoria continua.
Fecha: 22/08/2025 06:49
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: .
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en malas condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:500 PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 12 FIO2 35% PIP 20) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucupurulentas en moderada cantidad por tubo y por boca, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina.Queda paciente en iguales condiciones generales, con iguales parametros ventilatorios.
Se explica procedimiento al paciente y lo acepta; previa asepsia y antisepsia con sachet con clorhexidina al 2% mas alcohol se realiza punción en msd, al intento N° 1, se toma muestra de sangre para gases arteriales con jeringa heparinizada ,se realiza presión en sitio de punción durante 1 minuto, sin evidencia de sangrado activo se envía para procesamiento. Procedimiento sin complicación
Fecha: 22/08/2025 12:26
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ----
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 24 FIO2 35% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con caracteristicas mucupurulentas en moderada cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios
Fecha: 22/08/2025 14:40
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD DE GENERO MASCULINO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON DIAGNOSTICO MEDICO REGISTRADO EN HISTORIA CLINICA HEMODINAMICAMENTE EN REGULARES CONDICIONES, PACIENTE EN CAMA CABECERA A 45° EN POSICION SUPINO CON TOBO OROTRAQUEAL CONECTADO A VENTILACION MECANICA SATURANDO ADECUADAMENTE CON EXTREMIDADES SIMETRICAS, RANGO ARTICULAR COMPLETO LIMITADO, NO EDEMA
Objetivo: PREVENIR DESCANDICIONAMIENTO FISICO
PREVIR UPP
Fecha: 22/08/2025 16:43
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ---
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 24 FIO2 35% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con caracteristicas mucupurulentas en moderada cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con

Firmado electrónicamente

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

vaselina. Se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios
Fecha: 23/08/2025 05:10
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ----
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 24 FIO2 35% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucupurulentas en abundante cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios

. se toman gases arteriales de control, sin complicaciones
Fecha: 23/08/2025 09:00
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: .
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en malas condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 12 FIO2 35% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con caracteristicas mucupurulentas en moderada cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones.
monitoria continua.
Fecha: 23/08/2025 13:02
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD DE GENERO MASCULINO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON DIAGNOSTICO MEDICO REGISTRADO EN HISTORIA CLINICA HEMODINAMICAMENTE EN REGULARES CONDICIONES, PACIENTE EN CAMA CABECERA A 45° EN POSICION SUPINO CON TOBO OROTRAQUEAL CONECTADO A VENTILACION MECANICA SATURANDO ADECUADAMENTE CON EXTREMIDADES SIMETRICAS, RANGO ARTICULAR COMPLETO LIMITADO, NO EDEMA

Objetivo: PREVENIR DESCANDICIONAMIENTO FISICO
PREVIR UPP
Fecha: 23/08/2025 17:06
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: -
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en malas condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 18 PEEP BAJO: 6 PS: 10 FR: 12 FIO2 35% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial.Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con caracteristicas mucupurulentas en moderada cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Procedimiento sin complicaciones.
monitoria continua.
Fecha: 23/08/2025 23:12
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ---
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 20 PEEP BAJO: 6 PS: 12 FR: 12 FIO2 35% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con caracteristicas mucupurulentas en abundante cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios
Fecha: 24/08/2025 06:12
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ---
Objetivo: Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 20 PEEP BAJO: 6 PS: 12 FR: 12 FIO2 35% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con caracteristicas mucupurulentas en abundante cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios
Fecha: 24/08/2025 11:32

Firmado electrónicamente

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 20 PEEP BAJO: 6 PS: 12 FR: 12 FIO2 35% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucupurulentas en abundante cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios

Objetivo: .
Fecha: 24/08/2025 12:01
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD DE GENERO MASCULINO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON DIAGNOSTICO MEDICO REGISTRADO EN HISTORIA CLINICA HEMODINAMICAMENTE EN REGULARES CONDICIONES, PACIENTE EN CAMA CABECERA A 55° EN POSICION SUPINO CON TOBO OROTRAQUEAL CONECTADO A VENTILACION MECANICA SATURANDO ADECUADAMENTE CON EXTREMIDADES SIMETRICAS, RANGO ARTICULAR COMPLETO LIMITADO, NO EDEMA

Objetivo: PREVENIR DESCANDICIONAMIENTO FISICO
PREVIR UPP
Fecha: 24/08/2025 17:33
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 20 PEEP BAJO: 6 PS: 12 FR: 12 FIO2 35% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucupurulentas en abundante cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios

Objetivo: .
Fecha: 24/08/2025 22:55
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: -----
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 20 PEEP BAJO: 6 PS: 12 FR: 12 FIO2 30% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucupurulentas en abundante cantidad por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Procedimiento sin complicaciones. Queda paciente estable dentro de su condicion medica con iguales parametros ventilatorios
Fecha: 25/08/2025 11:56
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: PACIENTE CON DX DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO-DEBILIDAD MUSCULAR SEGUIDO DE RETRACCIONES MUSCULARES
Objetivo: MEJORAR DESACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN ESTADO Y CONDICION DEL PACIENTE
Fecha: 25/08/2025 15:47
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ---
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente en regulares condiciones generales en cama en posicion supino, con cabecera a 35°, conectado a ventilación mecánica en modo Bilevel con parametros anotados : (VC:480 PEEP ALTO 20 PEEP BAJO: 6 PS: 12 FR: 12 FIO2 30% PIP 21) acoplada a la ventilación, logrando metas de SatO2; con tubo orotraqueal N° 7. 5 fijo en 22 cm en comisura labial. Se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor con 26 cm de H2O. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucupurulentas en abundante cantidad por tubo y por boca, en varias ocasiones, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios y comisuras sin laceraciones; se lubrica labios y comisura labial con vaselina. Se realiza higiene, cambio y rotacion de TOT, Procedimiento sin complicaciones.
Fecha: 26/08/2025 00:31
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: .
Objetivo: NOTA CUIDADO RESPORATORIO UCI:
paciente en regulares condiciones generales en posicion decubito supino, con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica en modo spontaneo + ps con parametros registrados acoplado a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cm comisura labial, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor el cual se encuetra con presion de 26mmHg. Se realiza terapia respiratoria + succion con sistema cerrado N° 14 obteniendose moderadas secreciones mucopurulents por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios sin laceraciones se realiza lubricacion con vaselina, procedimiento sin complicacion.
se ingreso previo lavado de manos y con elementos de protección personal según protocolo institucional.
Firmado electrónicamente

CLINICA TOLIMA
NIT. 890.703.630 - 7
PBX: 270 8000 • Fax: 270 8002 E-mail: info@clinicatolima.com
Cra. 1 No. 12-22. Ibagué - Tolima

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 4899288**		
Paciente: **DANIEL CALVACHE CARVAJAL**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **23/06/1967 00:00**		
Edad y género: **58 Años y 2 Meses, Masculino**		
Identificador único: **2110898-1**	Financiador: **E.P.S. FAMISANAR S.A.S.**	
Ubicación: **UCI ADULTOS**	Servicio: **U.C.I. ADULTOS**	Cama:

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Análisis de resultados: .
Fecha: 26/08/2025 06:33
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: .
Objetivo: NOTA CUIDADO RESPORATORIO UCI:

paciente en regulares condiciones generales en posicion decubito supino, con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica en modo spontaneo + ps con parametros registrados acoplado a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cm comisura labial, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor el cual se encuetra con presion de 26mmHg. Se realiza terapia respiratoria + succion con sistema cerrado N° 14 obteniendose moderadas secreciones mucopurulents por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios sin faceraciones se realiza lubricacion con vaselina, procedimiento sin complicacion.

se ingreso previo lavado de manos y con elementos de protección personal según protocolo institucional.

Análisis de resultados: .
Fecha: 26/08/2025 11:13
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45° paciente, conectado a ventilación mecánica en modo spontaneo + ps con parametros ventilatorios Fio2 30, Peep 6.0, con mecanica Vt espontaneo 500, Ps 8, Ppico 15, Pm 10, I:E 1:2, Fr total 26, Vol minuto 12, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cm comisura labial, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor el cual se encuetra con presion de 26mmHg. Se realiza terapia respiratoria + succion con sistema cerrado N° 14 obteniendose moderadas secreciones mucopurulentas por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se lubrica labios y comisura labial con vaselina, se realiza limpieza, rotación y cambio de fijación de tubo orotraqueal. Procedimiento sin complicaciones.
Objetivo: Monitoreo ventilatorio.
Fecha: 26/08/2025 12:34
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: PACIENTE CON DX DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO DEBILIDAD MUSUCLAR EN MMII Y MMSS SEGUIDO DE RETRACCIONES MUSCULARES
Objetivo: MEJORAR DESACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN ESTADO Y CONDICION DEL PACIENTE
Fecha: 26/08/2025 16:17
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional, paciente con cabecera a 45° paciente, conectado a ventilación mecánica en modo spontaneo + ps con parametros ventilatorios Fio2 30, Peep 6. 0, con mecanica Vt espontaneo 500, Ps 8, Ppico 15, Pm 10, I:E 1:2, Fr total 26, Vol minuto 12, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cm comisura labial, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor el cual se encuetra con presion de 26mmHg. Se realiza terapia respiratoria + succion con sistema cerrado N° 14 obteniendose moderadas secreciones mucopurulentas por tubo y por boca, se lubrica labios y comisura labial con vaselina, Procedimiento sin complicaciones.

Objetivo: Monitoreo ventilatoiro.
Fecha: 26/08/2025 23:30
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Con Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal bajo protocolo institucional, paciente con cabecera a 35° sin sedacion sin respuesta neurologica no conecta a estimulos monitorizado con TA 120/63, frecuencia cardiaca de 90 por minuto, saturación 91% conectado a ventilación por medio de tubo orotraqueal 7.5 comisura 22 CMS con soporte de ventilación mecanica en modo ESPONTANEO PEEP 6.0,PS 10, FIO2 DEL 30% a la auscultacion buena ventilacion en ambos campos pulmonares,presión de neumotaponador 22 cmH2O.
Se realiza intervencion de terapia respiratoria con maniobras de kinesioterapia acaleracion de flujo vibracion posterior higiene bronquial con aspiración de secreciones por sistema de succion cerrado obteniendose secrecciones mucoadherentes en abundante cantidad por tubo orotraqueal y por boca adherentes se realiza limpieza y cepillado de dientes con secrecciones adherentes hialinas con lubricacion de labios con vaselina posterior bajo orden medica se realiza a horario correspondiente inhaloterapia puff de salbutamol, puff de beclometasona,procedimiento sin complicacion.

Objetivo: Mantener via aerea permeable dar un confor ventilatorio al paciente vigilar niveles de oxigenacion
Fecha: 27/08/2025 05:44
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Con Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal bajo protocolo institucional, paciente con cabecera a 35° sin sedacion sin respuesta neurologica no conecta a estimulos monitorizado con TA 129/68, frecuencia cardiaca de 98 por minuto, saturación 90% conectado a ventilación por medio de tubo orotraqueal 7. 5 comisura 22 CMS con soporte de ventilación mecanica en modo ESPONTANEO PEEP 6. 0, PS 10, FIO2 DEL 30% a la auscultacion buena ventilacion en ambos campos pulmonares, presión de neumotaponador 22 cmH2O.
Se realiza intervencion de terapia respiratoria con maniobras de kinesioterapia acaleracion de flujo vibracion posterior higiene bronquial con aspiración de secreciones por sistema de succion cerrado obteniendose secrecciones mucoadherentes en abundante cantidad por tubo orotraqueal y por boca adherentes se realiza limpieza y cepillado de dientes con secrecciones adherentes hialinas con lubricacion de labios con vaselina, procedimiento sin complicacion. .

Objetivo: Mantener via aerea permeable dar un confor ventilatorio al paciente vigilar niveles de oxigenacion
Fecha: 27/08/2025 11:00
Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 4899288**		
Paciente: **DANIEL CALVACHE CARVAJAL**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **23/06/1967 00:00**		
Edad y género: **58 Años y 2 Meses, Masculino**		
Identificador único: **2110898-1**	Financiador: **E.P.S. FAMISANAR S.A.S.**	
Ubicación: **UCI ADULTOS**	Servicio: **U.C.I. ADULTOS**	Cama:

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ---
Objetivo:
paciente en regulares condiciones generales en posicion decubito supino, con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica en modo spontaneo + ps con parametros registrados acoplado a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cm comisura labial, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor el cual se encuetra con presion de 26mmHg. Se realiza terapia respiratoria + succion con sistema cerrado N° 14 obteniendose abundantes secreciones mucopurulents por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios sin laceraciones se realiza lubricacion con vaselina, procedimiento sin complicacion. paciente queda con oximetria de 90%
Fecha: 27/08/2025 12:25
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: PACIENTE CON DX DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFIFCADO DEBILIDAD MUSCULAR EN MMII Y MMSS SEGUIDO DE RETRACCIONES MUSCULAARES
Objetivo: MEJORAR DESACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN ESTADO Y CONDICION DEL PACIENTE
Fecha: 27/08/2025 15:28
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ---
Objetivo: paciente en regulares condiciones generales en posicion decubito supino, con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica en modo spontaneo + ps con peep 6.0 ps 8.0 . fio20.30% acoplado a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cm comisura labial, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor el cual se encuetra con presion de 26mmHg. Se realiza terapia respiratoria + succion con sistema cerrado N° 14 obteniendose abundantes secreciones mucopurulents por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios sin laceraciones se realiza lubricacion con vaselina, procedimiento sin complicacion. paciente queda con oximetria de 90%
Fecha: 28/08/2025 00:18
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: paciente en regulares condiciones generales en posicion decubito supino, con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica en modo spontaneo + ps con peep 6. 0 ps 8. 0. fio20. 30% acoplado a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cm comisura labial, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor el cual se encuetra con presion de 26mmHg. Se realiza terapia respiratoria + succion con sistema cerrado N° 14 obteniendose abundantes secreciones mucopurulents por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios sin laceraciones se realiza lubricacion con vaselina, procedimiento sin complicacion.
Objetivo: .
Fecha: 28/08/2025 06:18
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: paciente en regulares condiciones generales en posicion decubito supino, con cabecera a 45°, conectado a ventilación mecánica en modo spontaneo + ps con peep 6. 0 ps 8. 0. fio20. 30% acoplado a la ventilación, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22 cm comisura labial, se realiza verificacion del neumotaponador con dispositivo medidor el cual se encuetra con presion de 26mmHg. Se realiza terapia respiratoria + succion con sistema cerrado N° 14 obteniendose abundantes secreciones mucopurulents por tubo y por boca, con técnica aséptica se realiza cepillado de dientes, lengua y carrillos, se encuentran labios sin laceraciones se realiza lubricacion con vaselina, procedimiento sin complicacion.
Objetivo: .
Fecha: 28/08/2025 12:47
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: ..
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente se encuentra en posición decubito supino, sin signos de dificultad respiratoria, acoplado a ventilación mecánica en el momento, bajo los siguientes parámetros: Modo: Espontaneo, IMV:25, VT: 485. Vmax: 60L/min, O2:30%, PEEP:6.0, Psop:8 y Ppico:24, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22cm en comisura labial izquierda, se realiza verifica de forma manual e instrumental la presión del balón del neumotaponador, el cual se encuentra insuflado con 26cmH2O de presión. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucopurulentas en abundante cantidad por tubo y mucopurulentas en abundante cantidad por boca se encuentra con heridas peribucales, se realiza higiene bucal mediante cepillado de dientes e impregnación con clorhexidina, encias y carrillo, cambio de fijación convencional de TOT, cambio de dispositivos de acuerdo a protocolo. Paciente tolera procedimiento sin complicaciones.
Fecha: 28/08/2025 18:48
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: .
Objetivo: Previo lavado de manos se ingresa al cubículo del paciente con elementos de protección personal según protocolo institucional. Paciente se encuentra en posición decubito supino, sin signos de dificultad respiratoria, acoplado a ventilación mecánica en el momento, bajo los siguientes parámetros: Modo: Espontaneo, IMV:25, VT: 485. Vmax: 60L/min, O2:30%, PEEP:6.0, Psop:8 y Ppico:24, con tubo orotraqueal N°7. 5 fijo en 22cm en comisura labial izquierda, se realiza verifica de forma manual e instrumental la presión del balón del neumotaponador, el cual se encuentra insuflado con 26cmH2O de presión. Se realiza higiene bronquial con aspiración de secreciones encontrándose con características mucopurulentas en abundante cantidad por tubo y mucopurulentas en abundante cantidad por boca se encuentra con heridas peribucales, se realiza higiene bucal mediante cepillado de dientes e impregnación con clorhexidina, encias y carrillos. Paciente tolera procedimiento sin complicaciones.
Fecha: 28/08/2025 23:57
Terapias - CUIDADO RESPIRATORIO
Subjetivo: Paciente quien se malas condiciones generales, con soporte ventilatorio invasivo dado pot tot+ventilacion mecanica, en sincronia ventilatoria, movilizando adecuados volumenes y manejando optimas presiones en via aerea. Modo espontaneo, realizando 24 respiraciones por minuto, no presenta lesiones cutaneas asociadas a dispositivos de oxigenoterapia. Se verifica neumotaponador, se realiza higiene bronquial segun portocolo institucional mediante sistema de succion cerrada #14 obteniendo muy abundante cantidad de secreciones purulentas. Se realiza higiene oral con cepillo de dientes+ crema dental segun protocolo y se finaliza con succion de secreciones purulentas abundantes con uso de sonda nelaton #14 y barrido con gasas. Paciente

Firmado electrónicamente

CLINICA TOLIMA
NIT. 890.703.630 - 7
PBX: 270 8000 • Fax: 270 8002 E-mail: info@clinicatolima.com
Cra. 1 No. 12-22. Ibagué - Tolima

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 4899288**		
Paciente: **DANIEL CALVACHE CARVAJAL**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **23/06/1967 00:00**		
Edad y género: **58 Años y 2 Meses, Masculino**		
Identificador único: **2110898-1**	Financiador: **E.P.S. FAMISANAR S.A.S.**	
Ubicación: **UCI ADULTOS**	Servicio: **U.C.I. ADULTOS**	Cama:

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

tolera la intervencion, queda en iguales condiciones.

Se utilizaron adecuadamente todos los elementos de protección personal necesarios para la atención segura de este paciente y prevenir el contagio de enfermedades infecciosas según protocolo institucional y teniendo en cuenta las recomendaciones de minisalud e instituto nacional de salud.

Objetivo: .

Código	Descripción del diagnóstico	Tipo	Estado
I639	INFARTO CEREBRAL NO ESPECIFICADO	Relacionado	Confirmado Nuevo
I64X	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	Relacionado	Confirmado Nuevo
R402	COMA NO ESPECIFICADO	Relacionado	Confirmado Nuevo

Código CUPS	Descripción de exámenes	Total
871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERA	1
879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	1
879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO	1
879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	1
901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	1
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	1
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	3
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	3
902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITO	9
903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	2
903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	1
903813	CLORO	8
903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	2
903856	NITROGENO UREICO	9
903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	9
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	9
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	9
906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1
907106	UROANALISIS	1

Fecha	Descripción	Interpretación
20/08/2025 00:00	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	
20/08/2025 00:00	DOPPLER DE VASOS DE CUELLO	

Descripción medicamentos

ACETAMINOFEN 500MG TABLETA
AMIODARONA 150MG/3ML SOL/INYECTABLE
AMIODARONA 200MG TABLETA
ATORVASTATINA 20MG TABLETA
BETAMETILDIGOXINA 0.2MG/2ML SOL/INYECTABLE
FENTANILO CITRATO 0,5MG/10ML SOL/INYECTABLE
IOBITRIDOL (XENETIX) 300MG/50ML SOLUCION INYECTABLE + JERINGA
KETOROLACO 30MG/2ML INYECTABLE
METOPROLOL TARTRATO 50MG TABLETA
MIDAZOLAM 15MG/3ML SOL/INYECTABLE
NORADRENALINA 4MG/4ML SOL/INYECTABLE
OMEPRAZOL 20MG CAPSULA
PROPOFOL 1% 200MG/20ML EMULSION/INYECTABLE
SOLUCION SALINA 0.9% SLN X 500 ML

Especialidades de apoyo MEDIC.CRITICA Y CUIDADO INTENS, MEDICINA GENERAL, MEDICINA INTERNA, NEUROLOGIA

Tipo de tratamiento recibido durante la estancia Médico [X] Quirúrgico [ ]

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 29/08/2025 10:40:05

CLINICA TOLIMA
NIT. 890.703.630 - 7
PBX: 270 8000 • Fax: 270 8002 E-mail: info@clinicatolima.com
Cra. 1 No. 12-22. Ibagué - Tolima

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 4899288**		
Paciente: **DANIEL CALVACHE CARVAJAL**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **23/06/1967 00:00**		
Edad y género: **58 Años y 2 Meses, Masculino**		
Identificador único: **2110898-1**	Financiador: **E.P.S. FAMISANAR S.A.S.**	
Ubicación: **UCI ADULTOS**	Servicio: **U.C.I. ADULTOS**	Cama:

INFORME DE EPICRISIS

INFORMACIÓN DEL EGRESO

Causa de egreso: MUERTE EN MAS DE 48 HORAS

Fecha y hora de fallecimiento: 29/08/2025 04:10

Condiciones generales a la salida:

SIENDO LAS 04+10 Hs PRESENTA BRADICARDIA y SUBITAMENTE ASISTOLIA. NO RESPNDE A MANIOBRAS TERAPEUTICAS INSTAURADAS y FALLECE.
SE INFORMA A FAMILIARES y SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCION No 25081520210736.

Unidades de estancia del paciente

URGENCIAS, UCI

Diagnóstico principal de egreso

Código	Descripción del diagnóstico	Estado
I639	INFARTO CEREBRAL NO ESPECIFICADO	Confirmado Nuevo

Remitido a otra IPS: No

Servicio de egreso: U.C.I. ADULTOS

Médico que elabora el egreso:



EDWIN ALBERTO TORRES GARCIA, MEDICINA INTERNA, Registro 731028/2004, CC 93411804, el 29/08/2025 04:59

Médico que elabora la epicrisis: ANGELA VIVIANA MARIN OSORIO, CUIDADO RESPIRATORIO, CC 1053817179, el 28/08/2025 23:59

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 29/08/2025 10:40:05

Alcaldía de IBAGUÉ

ibagué capital musical

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 01 DE SEPTIEMBRE DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 31 DE AGOSTO DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: JHONATAN ALEXIS GOMEZ

IDENTIFICACIÓN: 1105681673

DIRECCIÓN: CLINICA NUESTRA

TELÉFONO: 3045897505

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: TRABAJADOR SOCIAL

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA

IDENTIFICACIÓN: 1023872455

PROGRAMA: HABITANTE DE CALLE

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Código de verificación
78012291454

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
CERTIFICA:

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

Cédula de Ciudadanía:	1.023.872.455
Fecha de Expedición:	24 DE MAYO DE 2016
Lugar de Expedición:	ARMENIA - QUINDIO
A nombre de:	DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA
Estado:	VIGENTE

ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 28 de Septiembre de 2025

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 29 de agosto de 2025

EDISON QUIÑONES SILVA
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

Para verificar la autenticidad de este certificado consulte (78012291454) en la pagina web en la dirección http://www.registraduria.gov.co/ opción "Consultar Certificado"

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25084720213145

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCION

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCION	FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION (Hora - Minutos)
No fetal	2025-08-31	16:10:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACION DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	1023872455

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TRIMIÑO	CARDONA	DAVID	STEVEN

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1053865037

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LEAL	GARZON	MARIA	PAULA

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Medico	1053865037

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUE

FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-08-31	

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-08-31 16:24

Codigo verificacion: DEB5-4652-8887-9C4E

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indice nacional Serial 11238384

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduria | Notaria | 93 Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Codigo 9 5 6 0

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

TRIMMIÑO CARDONA DAVID STEVEN

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
C.C. 1023872455 de-ARMENIA	Masculino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2025 Mes AGO Día 31	16:10	25084720213145

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
X.X.X.X.X.X.X	Año XXXX Mes XXX Día XX

Documento presentado		Nombre y cargo del funcionario
Autenticación judicial	Certificado Medico X	MARIA PAULA LEAL GARZON

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93394476 de IBAGUE	Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripcion	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes SEP Día 02	[illegible]

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.105.681.673

GOMEZ OSUNA

APELLIDOS

JHONATAN ALEXIS

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1991

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

17-ABR-2009 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-2900100-01318521-M-1105681673-20220914 0085240422A 2 8505210348

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1023872455
NOMBRES	DAVID STEVEN
APELLIDOS	TRIMMIÑO CARDONA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	SUBSIDIADO	24/06/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/01/2025 14:21:59	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualizacion de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Ibagué, 01 de septiembre de 2025

Señores
Funeraria la Aurora
Ibagué -Tolima

Asunto: Entrega de documentos de defunción

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me permito hacer entrega de los documentos correspondientes al fallecimiento del señor David Steven Trimmiño Cardona de 27 años identificado con cedula de ciudadanía 1023872455 para su respectivo tramite y gestión de los actos funerarios. En tal sentido, relaciono los documentos entregados:

- Certificado de difusión para el registro civil: N° 25084720213145
- Certificado médico de defunción NO COVID-19
- Constancia de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES
- Certificado vigencia de documento de identificación del fallecido
- Copia de cedula de ciudadanía del doliente, señor Jhonatan Alexis Gomez Osuna Trabajador Social Clinica Nuestra sede Ibagué
- Historia Clínica del fallecido, señor David Steven Trimmiño Cardona

Agradezco de antemano la atención prestada y quedo atento a cualquier información adicional que se requiera.

Atentamente,

Jhonatan Alexis Gomez Osuna
Trabajador Social
T.P 327011137-1

JHONATAN ALEXIS GOMEZ OSUNA
Trabajador Social, Clínica Nuestra Ibagué
Oficina de calidad
Teléfono: 2640010 Ext: 103

clínica nuestra
por tu bien

IBAGUÉ 20 DE AGOSTO DE 2025

Señores:

FUNERARIA:

El presente documento se expide según requerimiento de circular 017 del 2020 de la Secretaría de Salud municipal, en el marco de la atención casos confirmado de COVID, y por medio del cual se les notifica que el cadáver de la paciente DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA identificado con documento número CC 1023872455 falleció en las instalaciones de la Clínica nuestra como caso descartado __X__ recuperado __ sospechoso __ de COVID 19.

Este cuerpo SI __ NO _X_ tenía MARCAPASOS

Firma médico que certifica
MARIA PAULA LEAL
CC: 1053865037
MÉDICO UCI

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1023872455 -- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA

Empresa: CIA HOSPITALARIO REG SUBSIDIADO (CIA-ORD) **Afiliado:** NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 13/12/1997 **Edad actual :** 27 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a
Teléfono: 2640010 **Dirección:** HABITANTE DE CALLE NO DICEDIRECION
Barrio: ESTACION **Departamento:** TOLIMA
Municipio: IBAGUE **Grupo Etnico:** Afrocolombiano
Etnia: Ninguna de las anteriores **Atención Especial:** OTROS
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** OTRO GRUPO POBLACIONAL
Discapacidad: Ninguna
Ocupacion: *NO APLICA*

Responsable: DAVID STEVEN TRIVIÑO CARDONA **Teléfono:** 3188164535 **Parentesco:** Otro
Acompañante: DAVID TRIVIÑO **Teléfono:** 3188164535

SEDE DE ATENCIÓN: 002 IBAGUE **Edad :** 27 AÑOS

FOLIO 144 **FECHA** 31/08/2025 18:12:50 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

NOMBRE: DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA
CC: 1023872455
EDAD: 27 AÑOS
INGRESO UNIDAD: 28/08/2025

MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO
NOTA ADICIONAL:
MEDICO ESPECIALISTA - DR. TORRES - MÉDICO GENERAL: DRA. MARIA PAULA LEAL

ESTANCIA: CUIDADOS INTENSIVOS

JUSTIFICACIÓN: SEGÚN GUIA INSTITUCIONAL Y ANEXO DE CRITERIOS DE INGRESO A UCI POR MACROPROCESO GESTIÓN DE LA DEMANDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD, PACIENTE CON FALLA VENTILATORIA CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y VASOPRESOR.

PACIENTE DE 27 AÑOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:
* FALLA VENTILATORIA AGUDA MIXTA HIPERCÁPNICA-HIPOXEMICA MURRY SCORE 2.75. RESP SCORE 1 PUNTO. COVID GRAM SCORE 96%
* CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEN PULMONAR. NEWS2 SCORE 14 PUNTOS
* NEUMONÍA ADQUIRIDA EN COMUNIDAD CURB 65 1 PUNTO.
------ NEUMONÍA MULTILOBAR ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD GRUPO V
NEUMONÍA INTERSTICIAL?
SOSPECHA DE TUBERCULOSIS MILIAR.
ABSCESO PULMONAR IZQUIERDO
*** INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DE NOVO**
ALTA PROBABILIDAD DE ESTADIO SIDA
SOSPECHA DE LINFOMA DE CÉLULAS B
SOSPECHA DE CRIPTOCOCOSIS
SOSPECHA DE HISTOPLASMOSIS PULMONAR
* SÍFILIS LATENTE TARDÍA
* DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA SEVERA
* SINDROME DE ABSTINENCIA POR CONSUMO DE SPA.
* ANEMIA
------ ESTADO POSTRANSFUSIONAL 2 UCG.
* TRASTORNO HIDROELECTROLÍTICO
----- HIPONATREMIA LEVE.
7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1014199202

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1023872455 -- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA

Empresa: CIA HOSPITALARIO REG SUBSIDIADO (CIA-ORD) **Afiliado:** NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 13/12/1997 **Edad actual :** 27 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero

Teléfono: 2640010 **Dirección:** HABITANTE DE CALLE NO DICEDIRECION

Barrio: ESTACION **Departamento:** TOLIMA

Municipio: IBAGUE **Grupo Etnico:** Afrocolombiano

Etnia: Ninguna de las anteriores **Atención Especial:** OTROS

Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** OTRO GRUPO POBLACIONAL

Discapacidad: Ninguna

Ocupacion: NO APLICA

Responsable: DAVID STEVEN TRIVIÑO CARDONA **Teléfono:** 3188164535 **Parentesco:** Otro

Acompañante: DAVID TRIVIÑO **Teléfono:** 3188164535

* ALTO RIESGO PSICOSOCIAL

---- HABITANTE DE CALLE

APACHE II: 20 PUNTOS (RECALCULADO).

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS: TRASTORNO DEPENDENCIA POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

FARMACOLÓGICOS: NIEGA

QUIRÚRGICOS: NIEGA

TOXICOLÓGICOS: SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

ALÉRGICOS NIEGA

INMUNOLÓGICOS: DOSIS PARA COVID Y FIEBRE AMARILLA.

PROBLEMAS:

FALLA VENTILATORIA AGUDA REFRACTARIA

DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA

RIESGO DE INFECCIÓN POR OPORTUNISTAS

RIESGO ALTO DE TUBERCULOSIS MILIAR

INESTABILIDAD HEMODINÁMICA.

RIESGO DE URGENCIA DIALÍTICA

SOPORTES:

VENTILATORIO: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA 29/08/2025.

VASOACTIVO: NOREPINEFRINA FI 29/08/2025 - DOPAMINA FI 29/08/2025, 2 INFUSIONES DE AZUL METILENO.

INOTRÓPICO : VIGILANCIA

CRONOTRÓPICO: VIGILANCIA

VASODILATADOR: VIGILANCIA

ANTIARRÍTMICO: VIGILANCIA

ANTIBIÓTICO:

PIPERACILINA TAZOBACTAM FI 28/08/2025 CLARITROMICINA

ANTITUBERCULOSO: RIFAMPICINA + ISONIAZIDA +ETAMBUTOL + PIRAZINAMIDA FI 29/08/2025. TRIMETROPIN SULFAMETOXAZOL FI: 30/08/2025

CASPOFUNGINA FI: 30/08/2025.

PENICILINA BENZATÍNICA 2.400.000 U SEMANALES POR 3 SEMANAS.

ANTIRRETROVIRAL: TENOFOVIR + EMTRICITABINA + RITONAVIR FI: 31/08/2025

RENAL: FLUIDOTERAPIA

GASTROINTESTINAL: GASTROPROTECCIÓN

HEMATOLÓGICO: TROMBOPROFILAXIS HBPM

NUTRICIONAL: DEXTROSA 50%

NEUROLOGICO: PROPOFOL + FENTANILO + ROCURONIO FI 29/08/2025

FÍSICO: TERAPIA FÍSICA

7J.0 *HOSVITAL*

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1023872455 – DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA

Empresa: CIA HOSPITALARIO REG SUBSIDIADO (CIA-ORD) **Afiliado:** NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 13/12/1997 **Edad actual :** 27 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero
Teléfono: 2640010 **Dirección:** HABITANTE DE CALLE NO DICEDIRECION
Barrio: ESTACION **Departamento:** TOLIMA
Municipio: IBAGUE **Grupo Etnico:** Afrocolombiano
Etnia: Ninguna de las anteriores **Atención Especial:** OTROS
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** OTRO GRUPO POBLACIONAL
Discapacidad: Ninguna
Ocupacion: NO APLICA

Responsable: DAVID STEVEN TRIVIÑO CARDONA **Teléfono:** 3188164535 **Parentesco:** Otro
Acompañante: DAVID TRIVIÑO **Teléfono:** 3188164535

CICLOS PRONACIÓN:
30/08/2025
31/08/2025

ACCESOS: CATETER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO IZQUIERDO FI 29/08/2025, LÍNEA ARTERIAL FEMORAL IZQUIERDA FI 29/08/2025.
RESTRICCIONES: REPOSO ABSOLUTO
INMOVILIZACIÓN: NO REQUIERE.

ULTIMOS SIGNOS VITALES:
OBJETIVO :
PESO: 45 KG, TALLA 1.68 CM
SIGNOS VITALES
TENSION ARTERIAL: 53/30 MMHG
TENSION ARTERIAL MEDIA: 38 MMHG
FRECUENCIA CARDÍACA: 80 LATIDOS/MINUTO
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 RESPIRACIONES/MINUTO
TEMPERATURA: 36.2 °C
SATURACIÓN DE 80% FIO2 100% VMI
GLUCOMETRÍA:68-104 MG/DL
PARÁMETROS VENTILATORIOS: V-A/C, VC 440, PEEP 6, FR 24, PICO 33, COMPLIANCE 25 ESTATICA, 21 DINÁMICA.

EXAMEN FÍSICO:
PACIENTE BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA ACOPLADO A VENTILADOR TUBO 8.5 FIJO A 22 CM
CABEZA PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, MUCOSAS HÚMEDAS PÁLIDAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR.
TÓRAX SIMÉTRICO, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SINCRÓNICOS CON PULSO, SIN SOPLOS O DESDOBLAMIENTOS, CAMPOS PULMONARES HIPOVENTILADOS GENERALIZADOS, AUSENCIA RUIDOS EN BASE IZQUIERDA,
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOR, PERISTALTISMO POSITIVO.
EXTREMIDADES: CALIENTES, PIEL ROSADA, SIN EDEMAS. LLENADO CAPILAR DE 3 SEG.
NEUROLOGICO: RASS -5 PUPILAS ISOCÓRICAS REACTIVAS

GASTO URINARIO: 0.07 CC/KG/HORA
BALANCE ACUMULADO: 4733
ADMINISTRADOS: 4974
ELIMINADOS: 70

CULTIVOS:
29/08/2025 HEMOCULTIVOS: PTE.
29/08/2025 CULTIVO TBC PTE

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1023872455 -- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA

Empresa: CIA HOSPITALARIO REG SUBSIDIADO (CIA-ORD) **Afiliado:** NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 13/12/1997 **Edad actual :** 27 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a
Teléfono: 2640010 **Dirección:** HABITANTE DE CALLE NO DICEDIRECION
Barrio: ESTACION **Departamento:** TOLIMA
Municipio: IBAGUE **Grupo Etnico:** Afrocolombiano
Etnia: Ninguna de las anteriores **Atención Especial:** OTROS
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** OTRO GRUPO POBLACIONAL
Discapacidad: Ninguna
Ocupacion: NO APLICA

Responsable: DAVID STEVEN TRIVIÑO CARDONA **Teléfono:** 3188164535 **Parentesco:** Otro
Acompañante: DAVID TRIVIÑO **Teléfono:** 3188164535

29/08/2025 CULTIVO SOT PTE
29/08/2025 UROCULTIVO PTE

INFECCIOSOS:
28/08/2025 VDRL REACTIVO 2 DILUCIONES.
28/08/2025 VIH ANTICUERPOS 1 Y 2 Y PS24: POSITIVO (1194.20)
29/08/2025 IGMHB NO REACTIVO, ANTI-HCV NO REACTIVO, HBaAg NO REACTIVO,
31/08/2025 CARGA VIRAL: PTE
31/08/2025 CD4: PENDIENTE.
31/08/2025 GALACTOMANANO: PTE
31/08/2025 ANTÍGENO URINARIO HISTOPLASMA: PTE
31/08/2025 ANTÍGENO CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS: PTE

HEMATOLÓGICOS:
31/08/2025 EXTENDIDO SANGRE PERIFÉRICA:
Estudio Leucocitario, Morfología Leucocitaria: Normal, Neutrófilos 70%, Linfocitos 13 %, Monocitos 2%, Banda Neutrófilo 15%,
Estudio Plaquetario: Morfología Plaquetaria Normal, Recuento de Plaquetas 24700, Agregados Plaquetarios Ausencia
Estudios Eritrocitario: Morfología Eritrocitaria Anormal, Anisocitosis +, Macrocitosis ++, Microcitos ++, Poiquilocitosis +++, Acantocitos +, Equinocitos ++, Codocitos +.

LÍQUIDO PERICARDICO:
30/08/2025 CITOQUÍMICO: Turbio, Amarillo, DENSIDAD 1020, PH 6.0, ANALISIS QUIMICO, Glucosa 109.86, Proteinas Totales 3.26, LDH 250.18 U/L, ANÁLISIS MICROSCÓPICO Recuento Leucocitario 162, Recuento Diferencial : Neutrófilos 70%, Linfocitos 30%, Recuento de Glóbulos Rojos 88.
30/08/2025 GRAM: 1 - 6 por campo de alto poder Microorganismos No se observan MICROORGANISMOS.
30/08/2025 CULTIVO: PTE
30/08/2025 ADA: PTE
30/08/2025 CULTIVO M. TUBERCULOSIS: PTE
30/08/2025 PCR M. TUBERCULOSIS: PTE.

PARACLÍNICOS:
31/08/2025
BUN 54.4, CR 2.43 LESIÓN RENAL AGUDA AKIN III
SODIO 135.9, POTASIO 5.47
GLICEMIA 103
LEUCOS 6.54, LINFOS 4.3, NEUTROS 91.8, HB 8.8, HTO 29, PLAQ 40.000
TPT 46.5M TO 29, INR 2.15 COGUALOPATIA
BD 1.49, BI 0.39, BD 1.88, FA 29.3, ATL 46.4, AST 253.8
LACTATO 4.63.

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1023872455 -- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA

Empresa: CIA HOSPITALARIO REG SUBSIDIADO (CIA-ORD) **Afiliado:** NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 13/12/1997 **Edad actual :** 27 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero
Teléfono: 2640310 **Dirección:** HABITANTE DE CALLE NO DICEDIRECION
Barrio: ESTACION **Departamento:** TOLIMA
Municipio: IBAGUE **Grupo Etnico:** Afrocolombiano
Etnia: Ninguna de las anteriores **Atención Especial:** OTROS
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** OTRO GRUPO POBLACIONAL
Discapacidad: Ninguna
Ocupacion: NO APLICA

Responsable: DAVID STEVEN TRIVIÑO CARDONA **Teléfono:** 3188164535 **Parentesco:** Otro
Acompañante: DAVID TRIVIÑO **Teléfono:** 3188164535

30/08/2025
BUN 41 CRE
SODIO 135 POTASIO 4.5 NORMAL
LEUCOS 750 NEUTROS 70% HB 10.6 PTAS 50.000 LEUCOPENIA SEVERA TROMBOCITOPENIA
PTT33 PT 24 INR 1.7 PROLOMGADOS
BT 1.1 BD 0.8 BI 0.3 FA 539 TGP 43 TGO 238 ELEVADA
LACTATO 4.39 ELEVADO

29/08/2025
BUN 25 CRE 0.6 NORMAL
SODIO 130 POTASIO 4.1 NORMAL
LEUCOS 2600 NEUTROS 79% HEMOGLOBINA 6.7 HTO 20.5 PTAS 142.000 LEUCOPENIA, ANEMIA SEVERA, TROMBOCITOPENIA.

BT 0.8 BD 0.58 BI 0.22 NORMAL
TGP 26 TGO 75 NORMAL

27/08/25: HEMOGRAMA LEU 5.55 NEU 86.4 LIN 11.0, HB 7.1, HTO 21.7, PLAQ 202.000, GLICEMIA 82, BUN 23.92, K 4.28, NA 127.01, CREAT 0.72, TFG 128, PCR 249.2, GASES ARTERIALES PH 7.51 PCO2 27.2 PO2 114.6 HCO3 21.2 BE -1.7 SAT 98.7%.

GASES ARTERIALES:
31/08/2025PH 7.019, PCO2 54.4, PO2 85.1, HCO3 13.7, SATO2 91.9, PAFI 100.

GASES VENOSOS:
PH 7.014, PCO2 64.7, PO2 70.6, HCO3 16.1, SATO2 88.7, PAFI 71.

IMÁGENES:
31/08/2025 RX TÓRAX: PATRÓN INTERSTICIAL RETICULAR GENERALIZADO, CON RADIOPACIDAD DE LÓBULO INFERIOR IZQUIERDO.

28/08/2025 TAC TÓRAX CONTRASTADO: Silueta cardio aórtica de tamaño y morfología usuales. Extensos infiltrados con áreas de consolidación a nivel de los campos pulmonares medio derecho y medio e inferior izquierdo con broncograma aéreo, en relación con proceso infeccioso/inflamatorio pulmonar multifocal. Borramiento del ángulo costofrénico derecho en probable relación con derrame pleural. Tubo endotraqueal a 35 mm de la bifurcación traqueal. Catéter venoso central de trayecto subclavio izquierdo con extremo distal en unión cavoatrial. Estructuras óseas sin alteraciones.

28/08/2025 TAC CRANEO SIMPLE: Informe: No se observan colecciones hemorrágicas espontáneamente

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1023872455 -- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA

Empresa: CIA HOSPITALARIO REG SUBSIDIADO (CIA-ORD) **Afiliado:** NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 13/12/1997 **Edad actual :** 27 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 2640010 **Dirección:** HABITANTE DE CALLE NO DICEDIRECION
Barrio: ESTACION **Departamento:** TOLIMA
Municipio: IBAGUE **Grupo Etnico:** Afrocolombiano
Etnia: Ninguna de las anteriores **Atención Especial:** OTROS
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** OTRO GRUPO POBLACIONAL
Discapacidad: Ninguna
Ocupacion: NO APLICA

Responsable: DAVID STEVEN TRIVIÑO CARDONA **Teléfono:** 3188164535 **Parentesco:** Otro
Acompañante: DAVID TRIVIÑO **Teléfono:** 3188164535

hiperdensas intra ni extra axial así como tampoco lesiones expansivas supra e infratentoriales. Se destaca la presencia de áreas hipodensas a nivel de la sustancia blanca subcortical y profunda a nivel del polo temporal izquierdo y en la cuña homolateral, probable relación con edema vasogénico, sin evidencia de francas lesiones focales definidas en la resolución del presente estudio. Parénquima encefálico restante con densidad conservada y adecuada diferenciación sustancia gris/sustancia blanca. Surcos de la convexidad y cisuras acordes a la edad del paciente. Estructuras de la línea media centradas. Sistema ventricular supra e infratentorial de morfología, posición y tamaño normal. Al visualizar la ventana ósea no se observan lesiones. Impresión diagnóstica: Estudio evidencia áreas hipodensas en relación con edema vasogénico a nivel del del lóbulo temporal izquierdo y la región parietal homolateral, se sugiere evaluación con estudio contrastado para adecuada caracterización.

27/08/25 RX TÓRAX: Tráquea central. Silueta cardiaca de tamaño normal. Se observa un patrón intersticial reticular fino que compromete a ambos campos pulmonares. Llama la atención la elevación del hemidiafragma izquierdo, sin definirse adecuadamente el ángulo cardiaco costofrénico. OPINIÓN: DATOS DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL CON PATRÓN MICRONODULAR Y DERRAME PLEURAL IZQUIERDO ASOCIADO.

ANÁLISIS:
PACIENTE DE 27 AÑOS, HABITANTE DE CALLE, TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, NO REFIERE CUAL ES LA DE IMPACTO, QUIEN INGRESA TRASLADADO POR AMBULANCIA DEBIDO A CUADRO CLÍNICO SE DESCONOCE TIEMPO DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DISNEA EN REPOSO, AL INGRESO CON EVIDENCIA DE SIBILANCIA SBIBASALES, NORMOSATURADO. CONSIDERARON CRISIS BRONCO OBSTRUCTIVA POR LO CUAL INDICARON MANEJO INTRAVENOSO E INHALADO. VALORADO POR MEDICINA FAMILIAR QUIEN ENCUENTRA PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DESATURADO CON O2 DE BAJO FLUJO, TAQUICARDICO, DIAFORÉTICO, CON ESTERTORES E HIPOVENTILACIÓN IZQUIERDA, ESTADO CONCIENCIA FLUCTUANTE ENTRE SOMNOLENCIA E HIPERACTIVIDAD, PROGRESANDO A FALLA VENTILATORIA AGUDA, POR LO QUE VIENE EN MANEJO CON VENTILACION MECÁNICA INVASIVA, PARAMETROS LIMITROFES DE VENTILACION PROTECTORA, ANTE CRITERIOS DE SDRA, CON MECÁNICA SEVERAMENTE COMPROMETIDA SE CONSIDERO INICIÓ DE CICLOS DE PRONACION, ANTE NO MEJORÍA DESPUÉS DE PRIMER CICLO SE INDICÓ REMISION PARA OXIGENACION POR MEMBRANA EXTRACOPROREA

ANTE LO DESCRITO SE CONSIDERO ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMPLIO ESPECTRO, ANTE TAC DE TÓRAX CON PATRÓN DE TUBERCULOSIS MILIAR SE REALIZO FICHA DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA Y SE INICIÓ TETRACONJUNDADO. LO CUAL A SU VEZ PERMITE CUBRIR METICILINO RESISTENTE Y ALGUNOS ATIPICOS, EN CUBRIMIETO ADICIONAL CON UREIDOPENICILINA MÁS INHIBIDOR DE BETALACTAMAS, ASI MISMO ANTE REPORTE DE PRUEBA RAPIDA DE VIH, SE CONSIDERO INICIÓ DE TMS, ASI COMO CLARITOMICINA CMO TERPAIA Y PROFILAXIS, A SU VEZ DESDE SU INGRESO, SE CONSIDERO REMISION INICIALMENTE A NEUMOLOGÍA PREVIO A DETERIORO RESPIRATORIO CON EL FIN DE REALIZAR FBC + BAL. LO CUAL ESTÁ PENDIENTE,

SE INDICA TOMA DE FILM ARRAY RESPIRATORIO, ANTE RIESGO DE MICOSIS SE INDICÓ EQUINOCANDINA, SE REALIZARON TOMA DE PARACLINICOS DE EXTENCION CON EL FIN DE DETERMINAR USO DE VORICONAZOL O ANFOTERICINA B DENTRO DE LA IMAGEN PULMONAR NO SE DESCARTA LESIÓN ABSCEDADA VERSUS CONGLOMERADO GANGLIONAR (MASA BULKY SE REALIZO BARRIDO ECOGRÁFICO ENCONTRANDO DERRAMÉ PERICÁRDICO EN LA PARED LIBRE DEL VENTRÍCULO DERECHO.

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1023872455 -- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA

Empresa: CIA HOSPITALARIO REG SUBSIDIADO (CIA-ORD) **Afiliado:** NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 13/12/1997 **Edad actual :** 27 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a
Teléfono: 2640010 **Dirección:** HABITANTE DE CALLE NO DICEDIRECION
Barrio: ESTACION **Departamento:** TOLIMA
Municipio: IBAGUE **Grupo Etnico:** Afrocolombiano
Etnia: Ninguna de las anteriores **Atención Especial:** OTROS
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** OTRO GRUPO POBLACIONAL
Discapacidad: Ninguna
Ocupacion: NO APLICA

Responsable: DAVID STEVEN TRIVIÑO CARDONA **Teléfono:** 3188164535 **Parentesco:** Otro
Acompañante: DAVID TRIVIÑO **Teléfono:** 3188164535

EL CUAL MEJORO CONDICION HEMODINÁMICA CON PRONO, POR LO QUE SE CONSIDERA HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATICO, POR LO QUE SE REALIZO PERICARDIOCENTESIS SIN COMPLICACIONES Y SE SOLICITARON ESTUDIOS DE MISMO CON CITOQUÍMICO QUE EVIDENCIA TRANSSUDADO, PENDIENTE STUDIOS PARA M. TUBERCULOSIS Y CULTIVO MICROORGANISMOS.

ANTE MARCADA HIPOXEMIA , ACORDE A ESTRATEGIAS PETAL Y PROSEVA , SE INDICÓ SEDOANALGESIA Y BLOQUEO NEUROMUSCULAR CON CICLOS DE PRONACION MOSTRANDO INICIALMENTE MEJORÍA DE SUS VARIABLES HEMODINÁMICAS INICIALMENTE, LOGRANDO DISMINUCIÓN DE 60% DE VASOPRESORES, SIN EMBARGO POSTERIOMRNTE CON REQUERIMEINTO DE SOBRE SOPORTE VASOPRESOR PARA LOGRAR METAS DE PAM. SE REALIZO TITULACIÓN DE PEEP, CON PARÁMETROS DE FLUJOS LENTOS EN MANIOBRA ESCALONADA 4- 6- 8 Y 10 DE PEEP EVIDENCIANDO MEJOR COMPORTAMIENTO VISCOELÁSTICO CON UNA PEEP DE 6 SIN EMBARGO COMPORTAMIENTO DINÁMICO DE PATRÓN H DE ALTA ESTANCIA Y BAJA DISTENSIBILIDAD, EL CUAL A PERSISTIDO, NULA RESPUESTA A PEEP, POR LO CUAL A CNTINUADO CON PEEP DE 6, Y CON UNA MUY DISCRETA RESPUESTA A PRONOCO, CUANTIFICADO CON UNA DISMINUCIÓN APROXIMADAMENTE DE 10% EN PODER MECÁNICO, PERO CON UN AUMENTO DE DISTENSIBILIDADES MINIMO DE APROXIMADAMENTE 5 CMH20,

A SU VEZ LESIÓN RENAL SE AJUSTO INFUSIÓN DE FUROSEMIDA COMPLETANDO MÁS DE 30 HORAS, EN FRANCA ANURIA. POR LO QUE SE SUSPENDE ESTÁ, PENDIENTE VALORACION POR NEFROLOGÍA, NO OBSTANTE PACIENTE EN EL MOMENTO CON SOPORTE VASOPRESOR ALTO, NOREPINEFRINA 1 MCG X KG X MIN ASI COMO DOPAMINA 10 MCG X KG X MIN, CON DOSIS ACUMULADA DE 2 MG X KG DE AZUL DE METILENO,

EN EL MOMENTO EN CRITICAS CONDICIONES, CON FALLA ORGENICA MÚLTIPLE, HEMATOLOGICA, VENTILATORIA, RENAL CARDIOVASCULAR, DESDE LA PERSPECTIVA PARACLINICA FUNCIÓN RENAL CON CRITERIOS DE LESIÓN RENAL AGUDA INDUCIDA POR SEPSIS , KDIGO III, CON TENDENCIA A LA HIPERCALCEMIA YA CON MEDIDAS FARMACOLOGICAS AHORRADORAS DE POTASIO, LEUCOCITOS PROGRESANDO DE LEUCOPENIA ABSOLUTA A RANGO NORMAL, CON NEUTROFILIA, PRESENCIA DE BLASTOS, ANEMIA POR EL MOMENTO SIN CRITERIO TRASNFUSIONAL CON TROMBOPENIA, SEVERA ACTUAL 40.000 TIEMPOS DE COAGULACIÓN PROLONGADOS PTT 46.5 INR 2.15 EN RELACION A COAGULOPATÍA, PERFIL HEPÁTICO, HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENDAS DE DIRECTA, EN PROBABLE RELACION A COLESTASIS DE PACIENTE CRITICO, DISCRETA TRANSAMINITIS AST 253 , HIPERLACTATEMIA EN AUMENTO ACTUAL 4.63

ANTE LO DESCRITO SE CONSIDEA CUADRO DE SDRA SEVERO, POR CRITERIOS , BERLINS, MULBSTA Y KIGALI, DE ORIGEN PULMONAR, EN FALLA ORGANICA MÚLTIPLE. SCORES PREDICTORES DE MORTALIDAD, EN AUMENTO, SE SIGUE COMENTANDO A TERAPIA ECMO, AUNQUE ACTUALMENTE PROGRESA A CRITERIOS DE CONTRAINDICACION, POR COAGULOPATÍA, SOPORTE VASOPRESOR MUY ALTO, RESP SCORE GRUPO V, SE CONTINUAN POR EL MOMENTO ESTRATEGIA ANTIBIOTICA, ACORDE A EVOLUCIÓN SE REALIZARA NUEVA TITULACION DE PEEP, CON EL FIN DE VALORAR SI CON CICLOS DE PRONO, A PERMITIDO ALGUN TIPO DE RESPUESTA A ESTÉ, DE IGUAL MANERA A LA ESPERA DE PARACLINICOS DE EXTENCION MICROBIOLOGICA CON EL FIN DE VALORAR PERTINENCIA EN AJUSTE DE ESTRATEGIA ANTIBIOTICA, PACIENTE CON MUY ALTO RIESGO DE MORTALIDAD A CORTO PLAZO, NO SE CUENTA CON FAMILIARES PARA ENTREGA DE INFORMACION.

NOTA MEDICA ADICIONAL:
RECIBO LLAMADO ENFERMERIA REFIRIENDO PACIENTE SIN SIGNOS VITALES.
PACIENTE CON AUSENCIA DE PULSO CENTRAL EN DURANTE 10 SEGUNDOS. ESTADO DE COLAPSO HEMODINÁMICO

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1023872455 -- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA

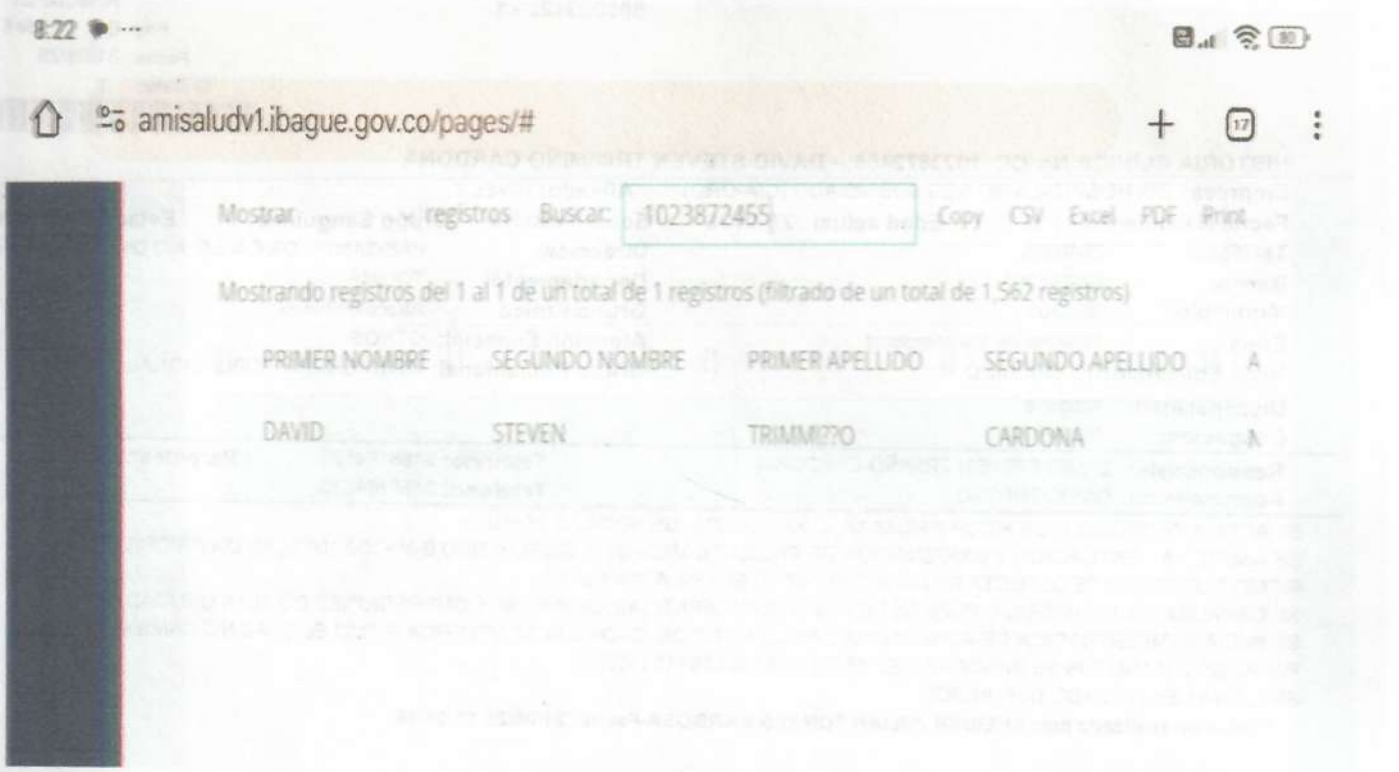
Empresa: CIA HOSPITALARIO REG SUBSIDIADO (CIA-ORD) **Afiliado:** NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 13/12/1997 **Edad actual :** 27 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a
Teléfono: 2640010 **Dirección:** HABITANTE DE CALLE NO DICEDIRECION
Barrio: ESTACION **Departamento:** TOLIMA
Municipio: IBAGUE **Grupo Etnico:** Afrocolombiano
Etnia: Ninguna de las anteriores **Atención Especial:** OTROS
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** OTRO GRUPO POBLACIONAL
Discapacidad: Ninguna
Ocupacion: NO APLICA

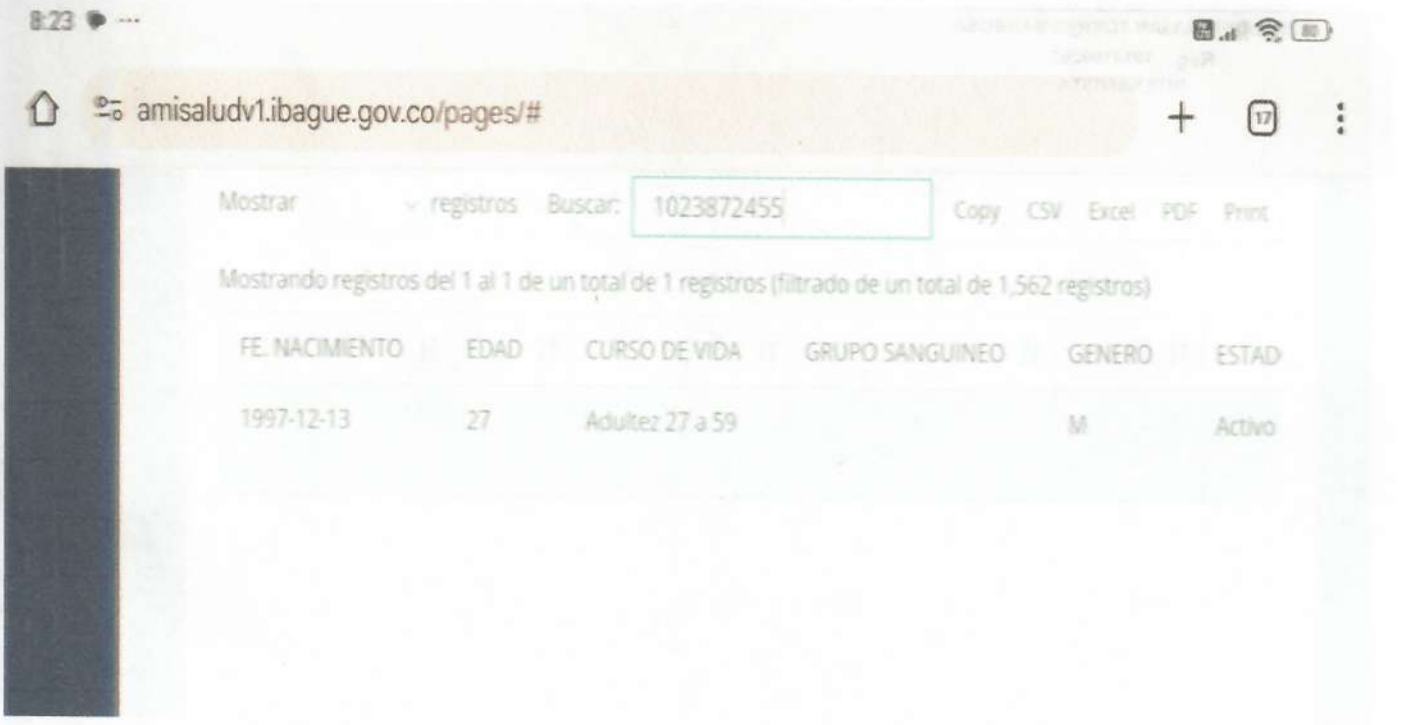
Responsable: DAVID STEVEN TRIVIÑO CARDONA **Teléfono:** 3188164535 **Parentesco:** Otro
Acompañante: DAVID TRIVIÑO **Teléfono:** 3188164535

SE ACTIVA PROTOCOLO DE RCCP Y RUTA DE CÓDIGO AZUL SIENDO LAS 15+50
SE ASISTE LA VENTILACION Y OXIGENACION DE PACIENTE MEDIANTE DISPOSITIVO B-M FIO2 100%. SE DA PRIORIDAD A RITMO ELÉCTRICO SE DETECTA RITMO ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO.
SE CANALIZA VÍA PERIFÉRICA. PUPILAS DE INGRESO MIDRIATICAS, SE INICIAN COMPRESIONES DE ALTA CALIDAD.
SE INICIA ADMINSITRACION DE ADRENALINA CADA 3 MINUTOS. CADA 2 IN SE VERIFICA RITMO EL CUAL NO CAMBIA.
PASADOS 20 MINUTOS SE INDICA FALLECIMIENTO A LAS 16+10 HORAS.
SE LLENA CERTIFICADO DEFUNCIÓN:

Evolución realizada por: SNEIDER JULIAN TORRES BARBOSA-Fecha: 31/08/25 18:14:16

SNEIDER JULIAN TORRES BARBOSA
Reg. 1014199202
INTENSIVISTA


8:22
amisaludv1.ibague.gov.co/pages/#
Mostrar registros Buscar: 1023872455
Copy CSV Excel PDF Print
Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros (filtrado de un total de 1,562 registros)
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
A
DAVID
STEVEN
TRIMM??O
CARDONA
A


8:23
amisaludv1.ibague.gov.co/pages/#
Mostrar registros Buscar: 1023872455
Copy CSV Excel PDF Print
Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros (filtrado de un total de 1,562 registros)
FE. NACIMIENTO
EDAD
CURSO DE VIDA
GRUPO SANGUINEO
GENERO
ESTAD
1997-12-13
27
Adultez 27 a 59
M
Activo

Gmail

Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

Fwd: SOLICITUD DE TRATAMIENTO ANTI-TB -OJO HABITANTE DE CALLE- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA CC 1023872455

Despacho desarrollo desarrollo social <desarrollosocial@ibague.gov.co>
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

5 de septiembre de 2025, 2:37 p

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,***Claudia Andrea Aristizábal***
Despacho de Desarrollo Social Comunitario
Alcaldía de Ibagué

-------- Forwarded message --------
De: **Cuentas Secretaría de Desarrollo Social Comunitario** <cuentasdesarrollosocial@ibague.gov.co>
Date: jue, 4 sept 2025 a las 14:12
Subject: Fwd: SOLICITUD DE TRATAMIENTO ANTI-TB -OJO HABITANTE DE CALLE- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA CC 1023872455
To: Despacho desarrollo desarrollo social <desarrollosocial@ibague.gov.co>

-------- Forwarded message --------
De: **Justicia Gobierno** <justicia@ibague.gov.co>
Date: jue, 4 sept 2025 a las 12:33
Subject: Fwd: SOLICITUD DE TRATAMIENTO ANTI-TB -OJO HABITANTE DE CALLE- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA CC 1023872455
To: Cuentas Secretaría de Desarrollo Social Comunitario <habitantecalle@ibague.gov.co>, Pqr Secretaria General <pqr@ibague.gov.co>

-------- Forwarded message --------
De: **Analista Epidemiologia Ibague 1** <epidemiologia1.ibague@clinicanuestra.com>
Date: jue, 4 sept 2025 a las 8:46
Subject: RE: SOLICITUD DE TRATAMIENTO ANTI-TB -OJO HABITANTE DE CALLE- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA CC 1023872455
To: *transmisibles pai salud* <transmisibles.pai@ibague.gov.co>, *Hadelly Runza Buitrago* <hadellyrb@vmreyalisps.com.co>, *estadistica salud salud* <estadisticasalud@ibague.gov.co>, Adriana Paola Marulanda Hormaza <adrianamh@vmreyalisps.com.co>, justicia@ibague.gov.co <justicia@ibague.gov.co>, Grayse Stephane Monroy Preciado PYP EPS Salud Total <graysemp@saludtotal.com.co>, Magda Jimena Bustos Varon <magdabv@saludtotal.com.co>, Luis Alejandro Pinto Villarreal <luispinv@saludtotal.com.co>
Cc: <centrallin@personeriaibague.gov.co> <vemanlin@personeriaibague.gov.co>, <habitantedecalleibg@gmail.com> <habitantedecalleibg@gmail.com>, estadistica salud salud <estadisticasalud@ibague.gov.co>, Trabajador Social Ibagué <trabajosocial.ibague@clinicanuestra.com>, Direccion Medica Ibague <dirmedico.ibague@clinicanuestra.com>, Lider Calidad Ibague <gr.storider.ibague@clinicanuestra.com>, Auxiliar GRD Ibague <grd3.ibague@clinicanuestra.com>

Buenos días cordial saludo a todos,

Por medio del presente correo, informamos el fallecimiento del paciente **DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA CC 1023872455** de 27 años , quien ingresó a nuestra institución el día **27 de agosto de 2025, el** paciente era **habitante de calle desde hace aproximadamente 10 años** y presentaba antecedentes de **VIH diagnosticado hace un año,** sin adherencia al tratamiento.

Durante su estancia hospitalaria, se estableció el diagnóstico de **tuberculosis pulmonar y pericárdica,** lamentablemente, el paciente falleció el **31 de agosto de 2025.**

Se adjuntan como soporte los resultados de **PCR para Mycobacterium tuberculosis** en **esputo y líquido pericárdico,** los cuales fueron positivos y están pendientes **los cultivos para Mycobacterium.**

NOTA: Paciente durante la estancia recibió tratamiento de (2) dosis de Anti - TB RHZE indicado 3 tab diarias el 29 y 30 de agosto ,esta pendiente de la devolución de 15 tabletas RHZE

Cordialmente,

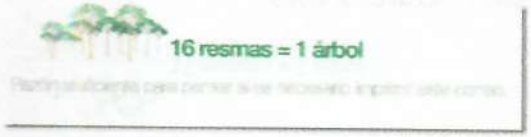
Captura en línea



Egna Navarro Gomez
Analista Epidemiologia

Sociedad N.S.D.R Clinica Nuestra – Sucursal Ibagué
Proceso Administrativo Sociedad N.S.D.R
PBX.(8) 2640010 - Ext. 606





AVISO LEGAL: Este mensaje y sus anexos pueden contener información confidencial o legalmente protegida y no puede ser utilizada por personas diferentes a su destinatario. Si por error, recibe este mensaje, por favor avise inmediatamente a su remitente y destruya toda copia que tenga del mismo. Cualquier uso, divulgación. copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización de Sociedad N.S.D.R S.A.S será sancionado de acuerdo a las normas legales vigentes. De otra parte, al destinatario se le considera custodio de la información contenida y debe velar por su confidencialidad, integridad y privacidad Las opiniones contenidas en este mensaje electrónico no relacionadas con la actividad empresarial, no necesariamente representan la opinión de la empresa.

De: Analista Epidemiologia Ibague 1 <epidemiologia1.ibague@clinicanuestra.com>
Enviado: viernes, 29 de agosto de 2025 19:22
Para: transmisibles pai salud <transmisiblespai@ibague.gov.co>; Hadelly Runza Buitrago <hadellyrb@virreysolisips.com.co>; Adriana Paola Marulanda Hormaza <adrianamh@virreysolisips.com.co>; justicia@ibague.gov.co <justicia@ibague.gov.co>; Grayse Stephane Monroy Preciado PYP EPS Salud Total <graysemop@saludtotal.com.co>; Magda Jimena Bustos Varon <magdabv@saludtotal.com.co>; Luis Alejandro Pinto Villarreal <luispinv@saludtotal.com.co>
Cc: ventanilla@personeriaibague.gov.co <ventanilla@personeriaibague.gov.co>; habitantedecalleibg@gmail.com <habitantedecalleibg@gmail.com>; estadistica salud salud <estadisticasalud@ibague.gov.co>; Trabajador Social Ibagué <trabajosocial.ibague@clinicanuestra.com>; Direccion Medica Ibague <dirmedico.ibague@clinicanuestra.com>; Lider Calidad Ibague <gestorlider.ibague@clinicanuestra.com>; Auxiliar GRD Ibague <grd3.ibague@clinicanuestra.com>
Asunto: RV: SOLICITUD DE TRATAMIENTO ANTI-TB -OJO HABITANTE DE CALLE- DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA CC 1023872455

Buenas tardes cordial saludo,

Por medio de la presente solicito amablemente de su colaboración en la entrega de tratamiento Anti - TB RHZE indicado 3 tab diarias con un total de 21 tabletas para 7 días, del paciente DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA CC 1023872455 de 27 años de edad, se envían soportes vía correo electrónico con el fin de dar inicio a tratamiento indicado por la especialidad paciente se encuentra en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos.

PESO 50 KILOS
TELEFONOS: No hay referencia
OJO PACIENTE HABITANTE DE CALLE

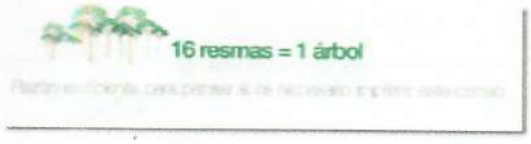
NOTA: pendiente reporte PCR y de cultivo de mycobacterium, Se notifica por clinico y radiologico por una tuberculosis miliar

cordialmente

Egna Navarro Gomez
Analista Epidemiologia

Sociedad N.S.D.R Clinica Nuestra – Sucursal Ibagué
Proceso Administrativo Sociedad N.S.D.R
PBX.(8) 2640010 - Ext. 606





AVISO LEGAL: Este mensaje y sus anexos pueden contener información confidencial o legalmente protegida y no puede ser utilizada por personas diferentes a su destinatario. Si por error, recibe este mensaje, por favor avise inmediatamente a su remitente y destruya toda copia que tenga del mismo. Cualquier uso, divulgación. copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización de Sociedad N.S.D.R S.A.S será sancionado de acuerdo a las normas legales vigentes. De otra parte, al destinatario se le considera custodio de la información contenida y debe velar por su confidencialidad, integridad y privacidad Las opiniones contenidas en este mensaje electrónico no relacionadas con la actividad empresarial, no necesariamente representan la opinión de la empresa.

De: Analista Epidemiologia Ibague 1 <epidemiologia1.ibague@clinicanuestra.com>
Enviado: viernes, 29 de agosto de 2025 15:28
Para: MICOBACTERIAS <micobacterias@saludtolima.gov.co>; Linda Lucia Mora Montañez <lindamm@virreysolisips.com.co>; Grayse Stephane Monroy Preciado PYP EPS Salud Total <graysemop@saludtotal.com.co>; Edna Paola Nieto Palomino <ednanp@saludtotal.com.co>; Magda Jimena Bustos Varon <magdabv@saludtotal.com.co>; Luis Alejandro Pinto Villarreal <luispinv@saludtotal.com.co>; Monica Bibiana Arenas Olaya <monicaaro@saludtotal.com.co>
Cc: Coordinador UCI Ibague <uci.ibague@clinicanuestra.com>; Calidad Clinica Nuestra Ibague <calidad.ibague@clinicanuestra.com>; Auxiliar GRD Ibague <grd3.ibague@clinicanuestra.com>; Coord Seg. del Paciente Ibague <seguridadpaciente.ibague@clinicanuestra.com>; Camilo Andres Caicedo Medina <ccaicedo@minsalud.gov.co>
Asunto: SOLICITUD DE TRATAMIENTO ANTI-TB - DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA CC 1023872455

Buenas tardes cordial saludo,

Por medio de la presente solicito amablemente de su colaboración en la entrega de tratamiento Anti - TB RHZE indicado 3 tab diarias con un total de 21 tabletas para 7 días, del paciente DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA CC 1023872455 de 27 años de edad, se envían soportes vía correo electrónico con el fin de dar inicio a tratamiento indicado por la especialidad paciente se encuentra en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos.

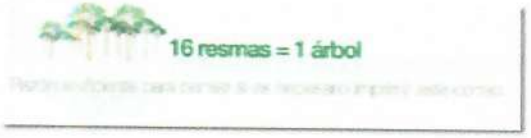
PESO 50 KILOS
TELEFONOS: No hay referencia
OJO PACIENTE HABITANTE DE CALLE

NOTA: pendiente reporte de cultivo de mycobacterium

Egna Navarro Gomez
Analista Epidemiologia

Sociedad N.S.D.R Clínica Nuestra – Sucursal Ibagué
Proceso Administrativo Sociedad N.S.D.R
PBX(8) 2640010 - Ext. 606





AVISO LEGAL: Este mensaje y sus anexos pueden contener información confidencial o legalmente protegida y no puede ser utilizada por personas diferentes a su destinatario. Si por error, recibe este mensaje, por favor avise inmediatamente a su remitente y destruya toda copia que tenga del mismo. Cualquier uso, divulgación. copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización de Sociedad N.S.D.R S.A.S será sancionado de acuerdo a las normas legales vigentes. De otra parte, al destinatario se le considera custodio de la información contenida y debe velar por su confidencialidad, integridad y privacidad Las opiniones contenidas en este mensaje electrónico no relacionadas con la actividad empresarial, no necesariamente representan la opinión de la empresa.

5 archivos adjuntos

- **VIH-DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA.pdf** 74K
- **PCR-PERICARDICO-DAVID STEVEN TRIMIÑO.pdf** 89K
- **pcr-ESPUTO-DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA.pdf** 76K
- **AYUDAS DIAGNOSTICAS-DAVIS STEVEN TRIMIÑO CARDONA.rar** 96K
- **hc-DAVID STEVEN TRIMMIÑO CARDONA.pdf** 2485K

	LA AURORA TOLIMA S.A.S. NIT. 900.135.782-6		
	CONTRATO N°	**TITULO**	**FECHA**
	2876 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2024	INFORME IV DE ACTIVIDADES	DEL 14 DE JULIO AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Servicios Autorizados hasta el 27 de Septiembre

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE DEFUNCIÓN	TIPO DE POBLACIÓN	VALOR
DIOGENES SAAVEDRA	3/09/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
KAREN DAYANA TOBON URIBE	8/09/2025	MUJER	$ 2.380.000
FLOR ANGELA FIERRO DE LAGUNA	14/09/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
RAUL PARRA TRIANA	18/09/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
PEDRO NEL ZUÑIGA BARCO	21/09/2025	HOMBRE	$ 2.380.000
CECILIA CASTRO BUITRAGO	25/09/2025	ADULTO MAYOR	$ 2.380.000
VALOR TOTAL			**$ 14.280.000**

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 03 DE SEPTIEMBRE DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 06 DE SEPTIEMBRE DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: MAYRA ALEJANDRA SAAVEDRA

IDENTIFICACIÓN: 1110528386

DIRECCIÓN: CRA 2 #12-05 B/ COMBEIMA

TELÉFONO: 3011275627

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: SOBRINA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: DIOGENES SAAVEDRA

IDENTIFICACIÓN: 14234593

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Informe de la Vista Detallada de la Consulta

Número de Documento (NUIP):	14.234.593
Número de Documento (NIP):	
Número de Preparación:	6380899828
Primer Apellido:	SAAVEDRA
Particula:	Ninguna
Segundo Apellido:	
Primer Nombre:	DIOGENES
Segundo Nombre:	
Sexo:	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	27/01/1961
Lugar de Nacimiento:	IBAGUE - TOLIMA
Pais de Nacimiento:	COLOMBIA
Departamento de Nacimiento:	TOLIMA
Municipio de Nacimiento:	IBAGUE
Estatura:	161
Fecha de Preparación:	14/07/2010
Departamento de Preparación:	TOLIMA
Municipio de Preparación:	IBAGUE
Zona de Preparación:	IBAGUE
Fecha de Expedición:	24/04/1979
Departamento de Expedición:	TOLIMA
Municipio de Expedición:	IBAGUE
Zona de Expedición:	IBAGUE
Vigencia:	VIGENTE
Clase de Expedicion:	Duplicado CC
Motivo de Rectificación:	



Diogenes Saavedra

Grupo Sanguíneo y Factor RH:	O+
Código de Señales Particulares:	NINGUNA
Dirección de Residencia:	CALL 78 CRA 5 N 13 S GERMAN H COMBARISA
Ciudad de Residencia:	IBAGUE TOL
Teléfono:	3002065666
Tipo del Documento Base:	Cédula de Ciudadanía
Número del Documento Base:	0014234593
Notaria del Documento Base:	IBAGUE
Huella Impresa:	INDICE DERECHO
Número de Impresión:	0024087090A 2
Fecha de Fabricación	24/09/2010
Validez:	Valida
Estado de la versión:	Actual



Pulgar Derecho



Indice Derecho



Medio Derecho



Anular Derecho



Meñique Derecho



Pulgar Izquierdo



Indice Izquierdo



Medio Izquierdo



Anular Izquierdo



Meñique Izquierdo

Documento RNEC - Reproducción y divulgación prohibidas

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25094020218573

La información consignada en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines exclusivamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-09-03	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	14234593

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SAAVEDRA		DIOGENES	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
No natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cedula de ciudadanía	7166043

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DUARTE	ARIAS	WALTER	ANATOLIO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Medico	7166043

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-09-05	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2025-09-07 07:43

Código verificación: D4D1-1599-FFEE-6CD

978101082428141

FISCALÍA

730016000450202501957
Oficio No.01493

Ibagué, **06 DE SEPTIEMBRE DE 2025**

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL
Y CIENCIAS FORENSES
Ciudad.-

ASUNTO: ENTREGA CADAVER

Comedidamente les solicito sea entregado el cadáver de quien en vida respondia al nombre de:

NOMBRES Y APELLIDOS	**DIOGENES SAAVEDRA**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC 14.234.593
LUGAR DE EXPEDICION	IBAGUE-TOLIMA
FECHA DE NACIMIENTO	27/01/1961
LUGAR DE NACIMIENTO	IBAGUE-TOLIMA
SEXO	MASCULINO
AL SEÑOR (A)	**MAYRA ALEJANDRA SAAVEDRA CALLEJAS**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC 1.110.528.386
EXPEDIDA EN	IBAGUE-TOLIMA
RESIDENCIA	CRA 2 No.12-05 B/ COMBEIMA
TELÉFONO	3011275627
PARENTESCO	SOBRINA

Le practicó inspección técnica a cadáver, el día **06 de Septiembre del 2025.** Se hace entrega del cuerpo **sin autorización de cremación**.

Cordialmente,

LIDA YULYSSA CASCANTE GONZALEZ
FISCAL 74 LOCAL
UNIDAD DE REACCION INMEDIATA

La Aurora
Funerales y Capillas

LA AURORA TOLIMA S.A.S.

NIT: 900.135.782-6

Ibagué 8 de SEPTIEMBRE del 2025

Señores
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL IBAGUE

Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de relacionar el certificado de defunción por muerte **NO NATURAL** con su respectiva copia del documento de identidad para trámites pertinentes del registro de defunción

(+) DIOGENES SAAVEDRA	FECHA DE DEFUNCION: 2025-09-03	CC 14234593	CMD 25094020218573

Gracias por su colaboración

Diego G

DIEGO GONZALEZ
Auxiliar De Servicios
La Aurora Tolima S.A.S

REGISTRADURÍA ESPECIAL DE IBAGUÉ
08 SEP 2025
RECIBI: Diana

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA

DUPLICADO CC
1.110.528.386



SAAVEDRA CALLEJAS
MAYRA ALEJANDRA

14-OCT-1992
IBAGUE - TOLIMA

21-OCT-2010

FEMENINO

IBAGUE - IBAGUE

IBAGUE - IBAGUE

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO
HASTA EL 02-ENE-2026

8515857319
02-JUL-2025



mayra Saavedra
CC: 1.110.528.386 Ibague
Dir = Cra 2 ## 12-05 B/ Combeima
Cel. 301-727-56-27

Sisbén

Fecha de consulta: 06/09/2025

Ficha: 73001047140020002483 4

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DIOGENES

Apellidos: SAAVEDRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 14234593

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/09/2024

Última actualización ciudadano: 03/09/2024

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: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	14234593
NOMBRES	DIOGENES
APELLIDOS	SAAVEDRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	08/04/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/08/2025 08:49:13	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL
INFORME DEL HISTORIAL CIVIL DEL INSCRITO

Oficina: ASM SECCIONAL FISCALIA IBAGUE-TOLIMA Tipo: Lugar: TOLIMA IBAGUE COLOMBIA	Fecha y Hora de Impresión 05/09/2025 a las 13:59 Usuario: JMENDEZ	Hoja 1 de 1

DATOS DEL INSCRITO

Nombres(s) y Apellido(s): DIOGENES SAAVEDRA

NUIP 14.234.593 **Estado:** Vigente

Fecha de Nacimiento: 27/ENE/1961 **Lugar de Nacimiento:** .....

Sexo: MASCULINO **Estado Civil** SOLTERO **Supervivencia** VIVO

Nacionalidade(s): ..... **Grupo Sanguíneo y Factor RH:** O+

DATOS DE LOS PADRES

Identificación	Estado	Nombres y Apellidos	Nacionalidade(s)
Padre:	.....	.....	.....
Madre:	.....	.....	.....

DATOS DEL (LOS) CONYUGE(S)

Identificación	Nombre(s) y Apellido(s)	Nacionalidad(es)

DATOS DE LOS HIJOS

Identificación	Serial	Nombres y Apellidos
REGISTRO CIVIL Nro93040204979	0016900080	CRUZ DUARTE DAFNE ROCIO

DETALLE DE LOS REGISTROS DEL ESTADO CIVIL DEL INSCRITO

Tipo de RC	Serial de RC	Fecha de Inscripción	Descripción	Estado

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DEL INSCRITO

Tipo	Descripción	NIP/NUIP	Fecha
CC	PRIMERA VEZ	14.234.593	EXPEDICION 24/ABR/1979
CC	VIGENTE	14.234.593	RESOLUCIÓN 24/JUL/1997

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: REGISTRCNS

FIRMA:

Gmail **Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>**

Proceso exequial

Maira Savedra <mairasavedra4@gmail.com> 6 de septiembre de 2025, 2:56 p.m.
Para: desarrollosocial@ibague.gov.co
CCO: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día
Yo Mayra Alejandra Saavedra identificada con cédula de ciudadanía 1.110.528.386 de Ibagué la, por medio del presente permito solicitar amablementee sea otorgado el servicio funerario para mi tío Diógenes Saavedra que se encuentra en medicina legal, ya que el día 04 de septiembre fue encontrado sin vida en el canal de aguas residuales del barrio el bosque de la ciudad de Ibagué, nosotros somos una familia muy vulnerable y no contamos con los recuerdos económicos para cubrir un Servicio exequial, por lo tanto acudimos a la generosidad de la Alcaldía y la administración municipal para que nos pueda otorgar este beneficio, quedando eternamente agradecidos.

Cordialmente
Mayra Alejandra Saavedra
CEL. 3011275627
Dirección. Carrera 2da #12-05 barrio Combeima- Ibagué

Diogenes Saavedra.pdf
671K

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 10 DE SEPTIEMBRE DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 08 DE SEPTIEMBRE DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: ANGELICA ROMERO

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: HOSPITAL FEDERICO LLERS ACOSTA

TELÉFONO: 3202191749

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: ATENCION AL USUARIO

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: KAREN DAYANA TOBON URIBE

IDENTIFICACIÓN:

PROGRAMA: MUJER

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DDTOL-REIBG- 1501

Ibagué, 26 de agosto de 2025

DOCTORA:
ANA FIDELIA MENESES MURCIA
TRABAJADORA SOCIAL
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
trabajo.social@hflleras.gov.co

ASUNTO: Plena identidad KAREN DAYANA TABON –Hospital Federico Lleras Acosta sede la Francia

En primer lugar, es importante resaltar que, la Registraduría Especial De Ibagué, dio trámite al Proceso de Plena Identidad de la ciudadana que se denominó **KAREN DAYANA TOBON, HABITANTE DE CALLE.** Además, la verificación manual en el ANI (Archivo Nacional de Identificación) y SES SIRC (Sistema Identificación de Registro Civil), también negativo a la fecha de consulta.

Por esta razón, es pertinente remitirla al procedimiento establecido en el artículo 9 del Decreto 1379 de 1972, subrogado por el artículo 4 del Decreto 158 de 1994, el cual dispone:
"***Para los efectos de los artículos 61 y 62 del Decreto-ley 1260 de 1970 entiéndase*** *por expósito, el niño recién nacido no mayor de un mes que ha sido abandonado y* ***por hijo de padres desconocidos a la persona mayor de un mes de quien se ignora quiénes son sus padres y de cuyo registro no se tenga noticia.***
"***Para proceder a la inscripción del nacimiento de estas personas, el solicitante deberá presentar ante el funcionario de registro civil competente, el dictamen medicolegal en el cual conste la presunta edad de la persona examinada, así como la certificación o constancia sobre la oriundez de ésta.*** *Podrán solicitar dicho registro el defensor o el juez de familia en todo caso; la Superintendencia de Notariado y Registro cuando no se trate de expósito o el propio interesado mayor de edad, debidamente identificado.*
Así las cosas, y en aras de continuar con el trámite de su petición, requerimos nos adjunte los siguientes documentos:

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

1. **Dictamen Médico Legal**, practicado por el Instituto De Medicina Legal y Ciencias Forenses, que determine la edad presunta y/o probable de **NN HABITANTE DE CALLE** - (COL20240708).
2. **Certificado de Oriundez** de **HABITANTE DE CALLE**- (COL20240708), el cual se solicita ante la Personería Municipal de Ibagué.

Finalmente, una vez obtenga los anteriores certificados, estos deben ser enviados a esta Registraduría, por medio de los correos electrónicos macarvajal@registraduria.gov.co, daquitora@registraduria.gov.co con copia a lvperez@registraduria.gov.co, omserna@registraduria.gov.co, a fin de remitir esta documentación a la Dirección Nacional de Registro Civil, en aras de recibir de allí resolución administrativa, por medio de la cual se autorice la inscripción del nacimiento en el Registro Civil, y así, poder entrar a garantizar los derechos del referido ciudadano, **KAREN DAYANA TOBON HABITANTE DE CALLE** .

Cordialmente,

LEIDY VIVIANA PEREZ RINCÓN **OSCAR MAURICIO SERNA REYES**
Registradores Especiales del Estado Civil de Ibagué

Anexo: 0 folios útiles
Elaboró y proyecto: Dayana M
Reviso y aprobó: Leidy Viviana Perez Rincon-Registradora Especial
Oscar Mauricio Serna Reyes-Registrador Especial
Medio de respuesta: Electronica

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2509 1920221861

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos
No fetal	2025-09-08	19:47:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Sin Información	

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TOBON	URIBE	KAREN	DAYANA

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cedula de ciudadania	72215489

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MOLINA	SANCHEZ	FRANCISCO	JOSE

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Medico	731051

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-09-10	Francisco Jose Molina Sanchez

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2025-09-12 10:29

Código verificación: E13E-7067-6008-4E18

Federico Lleras Acosta

Nit: 890706833-9

Ibagué Tolima, agosto 28 del 2025

Doctora:

ADRIANA LORENA ROCA PEÑA
Directora Seccional Tolima – Regional Sur
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Asunto: Solicitud dictamen medico legal para determinar edad paciente KAREN DAYANA TOBON URIBE AS COL20251125

Cordial Saludo,

Mediante la presente expongo el caso de la paciente KAREN DAYANA TOBON URIBE AS COL20251125, quien ingresa a nuestra institución en diferentes oportunidades sin identificación, desde trabajo social acorde al protocolo de paciente indocumentado en sus ingresos se solicitó mediante correo electrónico el estudio dactiloscópico (toma de huellas) a registraduría, su último ingreso el 24 de agosto del presente año, se realizó nuevamente solicitud de toma de huellas. (con fecha del 25/08/2025)

El día 26 de agosto se recibió respuesta por correo electrónico, *la Registraduria Especial De Ibagué, dio trámite al Proceso de Plena Identidad de la ciudadana que se denominó* ***KAREN DAYANA TOBON, HABITANTE DE CALLE.*** *Además, la verificación manual en el ANI (Archivo Nacional de Identificación) y SES SIRC (Sistema Identificación de Registro Civil), también negativo a la fecha de consulta.*

Con base a esto solicitamos cordialmente su apoyo con el dictamen medico legal para determinar edad del paciente e iniciar tramites de cedulación, cabe resaltar que el paciente se encuentra recibiendo atención medica en el Hospital Federico Lleras Acosta sede la Francia servicio de uci mujer habitación 301 con limitación para la marcha por si sola

Agradezco de antemano la atención prestada y espero su pronta respuesta

Cordialmente

DIEGO FERNANDO PADILLA MENDIETA
Subgerente Científico
Hospital Federico Lleras Acosta

Proyectó: Angelica Romero – Profesional Universitario Atención al Usuario

Outlook

Fwd: SOLICITUD AUXILIOS FUNERARIOS PACIENTE KAREN DAYANA TOBON URIBE

Desde P.U ATENCION AL USUARIO <atencion.usuarios@hflleras.gov.co>
Fecha Mié 10/09/2025 5:29 PM
Para gladyscastillo0108@hotmail.com <gladyscastillo0108@hotmail.com>

3 archivos adjuntos (6 MB)
DOCUMENTOS KAREN DAYANA TOBON URIBE.pdf; UBIBA-DSTO-08116-C-2025.pdf; SOLICITUD PACIENTE KAREN DAYANA TOBON.pdf;

Buenas tardes, mediante la presente me permito reportar el caso de la paciente KAREN DAYANA TOBÓN URIBE quien se encontraba en condición de calle conocida por el area social al presentar múltiples ingreso como mujer NN sin red de apoyo familiar, durante todos sus ingresos se solicitó toma de huellas a registraduría, en el mes de agosto (26 de agosto) se recibe respuesta vía correo electronico donde indican que **"la verificación manual en el ANI (Archivo Nacional de Identificación) y SES SIRC (Sistema Identificación de Registro Civil), también negativo a la fecha de consulta."**

Teniendo en cuenta que la paciente no cuenta con una identidad, solicitan se envíe dictamen médico legal que determine la edad presunta o probable de la NN habitante de calle, y el certificado de oriundez el cual se solicita a personería. Cabe resaltar que estos trámites aplican cuando el paciente se encuentra vivo, debido que se realizan con la finalidad de asignar una identidad al paciente mediante la creación de un registro civil y posteriormente su cedula de ciudadanía.

Desde el area de atencion al usuario y trabajo social, se realizó el respectivo envío a medicina legal solicitando dictamen médico legal para determinar la edad, con el fin de iniciar trámite a finales del mes de agosto, pero lamentablemente la paciente fallece antes que este se pueda efectuar.

La paciente falleció el dia 08/09/2025 en horas de la noche, su cuerpo se encuentra en la morgue del Hospital en la sede Francia, teniendo en cuenta que las huellas de la paciente no registran en el archivo nacional de identificación, se realiza certificado de defunción como adulto sin identificación. el dia 09/09/2025 se recibe respuesta por parte de medicina legal donde indican que *"no es posible tramitar solicitud de valoración médico legal ordenada por el Hospital Federico Lleras Acosta, debiéndose apoyar la gestión de la solicitud de valoración médico legal por medio de la Personería"*

con base a lo anterior solicito su amable colaboracion con apoyo para los auxilios funerarios de la paciente, adjunto los soportes correspondientes al caso

Agradezco de antemano la atencion prestada y espero su pronta respuesta

quedo atenta, gracias

ANGELICA ROMERO MÉNDEZ
Profesional universitario Atención al Usuario
Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E III
2739805-2739806 Ext 307



La información contenida en este mensaje y en los archivos adjuntos al mismo, pertenece al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. DE IBAGUÉ – TOLIMA es confidencial y privilegiada. Está dirigida exclusivamente para el uso privado del destinatario. Cualquier uso, divulgación, copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización del remitente será sancionado de acuerdo con las normas legales vigentes. Si usted, por error recibe este mensaje, por favor notifique inmediatamente al remitente por esta misma vía y destruya el mensaje original y sus adjuntos".

Declinación de Responsabilidades: Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no representan la opinión del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E o de sus autoridades. El receptor deberá verificar posibles virus informáticos que tenga el correo o cualquier anexo, razón por la cual EL Hospital no es responsable de los daños causados por cualquier virus transmitido en este correo electrónico.

---------- Forwarded message ---------
De: **P.U ATENCION AL USUARIO** <atencion.usuarios@hflleras.gov.co>
Date: mié, 10 sept 2025 a las 17:27
Subject: SOLICITUD AUXILIOS FUNERARIOS PACIENTE KAREN DAYANA TOBON URIBE
To: Despacho desarrollo Social comunitario <desarrollosocial@ibague.gov.co>, etnias grupos poblacionales desarrollo social <etnias@ibague.gov.co>

Buenas tardes, mediante la presente me permito reportar el caso de la paciente KAREN DAYANA TOBÓN URIBE quien se encontraba en condición de calle conocida por el area social al presentar múltiples ingreso como mujer NN sin red de apoyo familiar, durante todos sus ingresos se solicitó toma de huellas a registraduría, en el mes de agosto (26 de agosto) se recibe respuesta vía correo electronico donde indican que **"la verificación manual en el ANI (Archivo Nacional de Identificación) y SES SIRC (Sistema Identificación de Registro Civil), también negativo a la fecha de consulta."**

Teniendo en cuenta que la paciente no cuenta con una identidad, solicitan se envíe dictamen médico legal que determine la edad presunta o probable de la NN habitante de calle, y el certificado de oriundez el cual se solicita a personería. Cabe resaltar que estos trámites aplican cuando el paciente se

encuentra vivo, debido que se realizan con la finalidad de asignar una identidad al paciente mediante la creación de un registro civil y posteriormente su cedula de ciudadanía.

Desde el area de atencion al usuario y trabajo social, se realizó el respectivo envío a medicina legal solicitando dictamen médico legal para determinar la edad, con el fin de iniciar trámite a finales del mes de agosto, pero lamentablemente la paciente fallece antes que este se pueda efectuar.

La paciente falleció el dia 08/09/2025 en horas de la noche, su cuerpo se encuentra en la morgue del Hospital en la sede Francia, teniendo en cuenta que las huellas de la paciente no registran en el archivo nacional de identificación, se realiza certificado de defunción como adulto sin identificación. el dia 09/09/2025 se recibe respuesta por parte de medicina legal donde indican que *"no es posible tramitar solicitud de valoración médico legal ordenada por el Hospital Federico Lleras Acosta, debiéndose apoyar la gestión de la solicitud de valoración médico legal por medio de la Personería"*

con base a lo anterior solicito su amable colaboracion con apoyo para los auxilios funerarios de la paciente, adjunto los soportes correspondientes al caso

Agradezco de antemano la atencion prestada y espero su pronta respuesta

quedo atenta, gracias

ANGELICA ROMERO MÉNDEZ
Profesional universitario Atención al Usuario
Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E III
2739805-2739806 Ext 307



La información contenida en este mensaje y en los archivos adjuntos al mismo, pertenece al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. DE IBAGUÉ – TOLIMA es confidencial y privilegiada. Está dirigida exclusivamente para el uso privado del destinatario. Cualquier uso, divulgación, copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización del remitente será sancionado de acuerdo con las normas legales vigentes. Si usted, por error recibe este mensaje, por favor notifique inmediatamente al remitente por esta misma vía y destruya el mensaje original y sus adjuntos".

Declinación de Responsabilidades: Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no representan la opinión del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E o de sus autoridades. El receptor deberá verificar posibles virus informáticos que tenga el correo o cualquier anexo, razón por la cual EL Hospital no es responsable de los daños causados por cualquier virus transmitido en este correo electrónico.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA IBAGUÉ
DIRECCIÓN: Calle 45 No. 8 Sur-58, Zona Industrial El Papayo. IBAGUÉ, TOLIMA
TELEFONO: +57 (608) 8664518 / +57 (608) 8664517 extensiones 94530

Oficio No.: UBIBA-DSTO-07509-2025

CIUDAD Y FECHA:	IBAGUÉ. 09 de septiembre de 2025
NÚMERO DE CASO INTERNO:	UBIBA-DSTO-08116-C-2025
OFICIO PETITORIO:	No. SIN - 2025-09-09. Ref: Sin -
AUTORIDAD SOLICITANTE:	DIEGO FERNANDO PADILLA MENDIETA HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA PARTICULAR
AUTORIDAD DESTINATARIA:	DIEGO FERNANDO PADILLA MENDIETA HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA PARTICULAR CALLE 33 A NO. 4A-50 IBAGUÉ, TOLIMA
ASUNTO:	Oficio general
PERSONA ASOCIADA:	KAREN DAYANA TOBON URIBE

Cordial saludo,

En atención a solicitud realizada para realizar valoración médico legal a paciente "KAREN DAYANA TOBON URIBE", quien ha ingresado al Hospital Federico Lleras Acosta sin identificación, para determinación de edad; al respecto me permito informar:

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de conformidad con el artículo 35 de la Ley 938 de 2004, tiene como misión fundamental prestar auxilio y soporte técnico y científico a la Administración de Justicia en todo el territorio nacional, por ende, prestar los servicios médico-legales y de ciencias forenses que sean solicitados por los Fiscales, Jueces, Policía Judicial, Defensoría del Pueblo y demás autoridades competentes de todo el territorio nacional.

De acuerdo a lo establecido en nuestro portafolio de servicios, los requisitos mínimos que debe tener una solicitud escrita son los siguientes:

1. Datos del solicitante: Este ítem debe incluir nombre completo del solicitante, cargo, dirección y teléfono, correo electrónico (cuyo servidor sea de autoridad competente, por ejemplo @fiscalia.gov.co, @defensoria.gov.co)
2. Número de oficio petitorio.
3. La referencia del hecho que se investiga (es importante anexar, si se cuenta con ella, documentación o información producto de la investigación de los hechos que sea útil al examen forense como: circunstancia de ocurrencia, copia de la denuncia, acta de inspección de la escena, entrevista de la policía judicial a la víctima, según el caso).
4. Nombres y apellidos de la persona a examinar.
5. Cuestionario que deba ser absuelto por el perito (en caso de ser necesario).
6. Lugar de reclusión (aplica para las solicitudes determinación estado de salud en persona

privada de libertad)

7. **Copia de la historia clínica en caso de haber recibido atención en salud (es fundamental en valoraciones de lesiones y en casos de presunta responsabilidad en la prestación de los** servicios de salud.
8. Firma del solicitante.

De acuerdo a lo anterior, no es posible tramitar solicitud de valoración médico legal ordenada por el Hospital Federico Lleras Acosta, debiéndose apoyar la gestión de la solicitud de valoración médico legal por medio de la Personería.

La persona a valorar debe asistir a la unidad básica de Ibagué ubicada en la Calle 45 # 8 - 58 sur, Zona Industrial El Papayo.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

ADRIANA LORENA ROCA PEÑA
DIRECTOR SECCIONAL
Proyectado por: ADRIANA LORENA ROCA PEÑA - DIRECTOR SECCIONAL
Revisado por: ADRIANA LORENA ROCA PEÑA - DIRECTOR SECCIONAL



EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16 **CAMA:** 503 A
Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL2025101
Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/1989
E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

ESTADO DEL INGRESO:

ESTADO GENERAL INGRESO HOSPITALIZACION
SE VALORA PACIENTE CON TODOS LOS ELEENTOS DE PROTECCION PERSONAL
INGRESA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, DESHIDRATADO, AFEBRIL, BAJO SEDOANALGESIA Y SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO
ESTADO GENERAL INGRESO A URGENCIAS
PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, POLIPNEICA, CON SIGNOS DE SIRS, DESHIDRATDA.
ESTADO GENERAL INGRESO HOSPITALIZACION
PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, DIURESIS POSITIVA.

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA INGRESO HOSPITALIZACION
INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DR TORRES Y DR MOLINA
24/01/2025 2:20:33 a.m.
MOTIVO DE LA CONSULTA INGRESO A URGENCIAS
TRASLADO PRIMARIO POR DISTENSION ABDOMIANL SEVERA
23/01/2025 6:15:30 p.m.
MOTIVO DE LA CONSULTA INGRESO HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR POR CIRUGIA ONCOLOGICA
9/02/2025 5:30:31 p.m.

ENFERMEDAD ACTUAL:

*ENFERMEDAD ACTUAL INGRESO A HOSPITALIZACION**
PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD HABITANTE DE CALLE ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVOS QUIEN CONSULTA INICIALMENTE A HOSPITAL SAN FRANCISCO POR CUADRO DE DOLOR Y DISTENSION ABDOMINAL ASOCIADO A DIFICULTAD RESPIRATORIA CON INMINENCIA DE FALLA VENTILATORIA POR LO QUE SE TRASLADA EN CODIGO PRIMARIO A ESTA INSTITUCION EN DONDE ES VALORADA EN E SERVICIO DE URGENCIAS DONDE DECIDEN ASEGURAR VIA AEREA A TRAVES DE INTUBACION, REALIZAN BARRIDO ECOGRAFICO CON DERRAME PLEURAL DERECHO, ESCASO LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL, SOSPECHAN COMPROMISO DE VISCERA HUECA POR LO QUE SOLICITAN TAC ABDOMINAL CONTRASTADA Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL, ANTE REQUERIMIENTO DE SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO SE TRASLADA A CUIDADOS INTENSIVOS, PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS
ENFERMEDAD ACTUAL INGRESO A URGENCIAS
PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS, HABITANTE DE CALLE, MAL INFORMANTE, TRAIDA EN CODGIO PRIMARO DE USI DE SAN FRANCISCO POR CUADRO CLINICO DE INICIO DESCONCIDO, CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL Y DISTENSION ABDOMINAL SEVERA, ADEMAS DE DFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA. POR LO QUE DECIDN TRAERLA PARA MANEJO EN TERCER NIVEL POR ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIA.
*ENFERMEDAD ACTUAL INGRESO A HOSPITALIZACION**
PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD HABITANTE DE CALLE CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUIEN CONSULTA INICIALMENTE A HOSPITAL SAN FRANCISCO POR CUADRO DE DOLOR Y DISTENSION ABDOMINAL ASOCIADO A DIFICULTAD RESPIRATORIA CON INMINENCIA DE FALLA VENTILATORIA POR LO QUE SE TRASLADA EN CODIGO PRIMARIO A ESTA INSTITUCION EL 23/01 EN DONDE ES VALORADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y DECIDEN ASEGURAR VIA AEREA A TRAVES DE INTUBACION. REALIZAN BARRIDO ECOGRAFICO CON LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD POR LO QUE EL 24/01 CIRUGIA ONCOLOGICA REALIZA LAPAROTOMIA CON EVIDENCIA DE TUMOR QUISTICO DE OVARIO CON TORSION DE 180 GRADOS QUE REQUIRIO RESECCION QUIRURGICA, ACTUALMENTE YA CUENTA CON REPORTE DE PATOLOGIA N° 361- 2022 QUE EVIDENCIA NEOPLASIA MUCINOSA, HALLAZGOS MORFOLOGICOS COMPATIBLES CON TUMOR MUCINOSO BORDERLINE DE MALIGNIDAD LIMITROFE DE 25 X 23 X14 CM, NO HAY COMPROMISO DE LA CAPSULA, NO PRESENTA SIGNOS DE RUPTURA. TENIENDO EN CUENTA LO ANTERIOR SE SOLICITA INMUNOHISTOQUIMICA QUE ESTA PENDIENTE. ADICIONALMENTE TAC DEMOSTRO PEQUEÑA CONSOLIDACION NEUMONICA QUE FUE TRATADA CON AMPICILINA SULBACTAM. SE DESCARTO VHB, VHC, VIH PERO VDRL FUE POSITIVA CON PRUEBA TREPONEMICA POSITIVA POR LO QUE SE CONCEPTUA SIFILIS LATENTE INDETERMINADA QUE HASTA EL MOMENTO HA RECIBIDO DOS DOSIS DE PENICILINA BENZATINICA IM. FUE EXTUBADA DE FORMA SATISFACTORIA EL 05/02, Y POR SU BUENA EVOLUCION INDICAN CONTINUAR MANEJO EN PISO POR CIRUGIA ONCOLOGICA.

REVISION POR SISTEMAS

REVISION POR SISTEMAS INGRESO A HOSPITALIZACION
ANTECEDENTES PATOLOGICOS, QUIRURGICOSY ALERGICOS DESCONOCIDOS
REVISION POR SISTEMAS INGRESO A URGENCIAS
NO APORTA INFORMACION
REVISION POR SISTEMAS INGRESO A HOSPITALIZACION
ANTECEDENTES PATOLOGICOS, QUIRURGICOSY ALERGICOS DESCONOCIDOS

ANTECEDENTES:

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

CAMA: 503 A

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16
Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL2025101 5
Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/1989
E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

Tipo:Médicos Fecha: 26/01/2025 09:14 p.m.
Detalle: ESCALA DE BRADEM
Tipo:Médicos Fecha: 26/01/2025 09:15 p.m.
Detalle: ESCALA DE MORSE
Tipo:Médicos Fecha: 23/01/2025 07:26 p.m.
Detalle: DESCONOCIDOS
Tipo:Tóxicos Fecha: 23/01/2025 07:26 p.m.
Detalle: BAZUCO
Tipo:Quirúrgicos Fecha: 23/01/2025 07:26 p.m.
Detalle: DESCONOCIDOS
Tipo:Farmacológicos Fecha: 23/01/2025 07:26 p.m.
Detalle: DESCONOCIDOS
Tipo:Alérgicos Fecha: 23/01/2025 07:26 p.m.
Detalle: DESCONOCIDOS
Tipo:Otros Fecha: 01/02/2025 07:39 p.m.
Detalle: BRADEM
Tipo:Otros Fecha: 01/02/2025 07:41 p.m.
Detalle: MORSE
Tipo:Otros Fecha: 05/02/2025 07:53 p.m.
Detalle: BRADEM
Tipo:Otros Fecha: 05/02/2025 07:55 p.m.
Detalle: MORSE

EXAMEN FISICO:

0TAS144TAD97FC95FR17TEMP36,478TAS94TAD70FC71FR19TEMP36,091TAS144TAD97FC95FR19TEMP37,096TAS119TAD85FC111FR22TEMP36,0 11C
AS115TAD79FC73FR15TEMP37,095TAS113TAD86FC106FR24TEMP36,5113TAS144TAD97FC100FR18TEMP36,0100TAS127TAD87FC84FR15TEMP36,19
2TAS136TAD92FC132FR22TEMP36,097TAS124TAD84FC69FR19TEMP36,00TAS108TAD69FC78FR15TEMP36,0103TAS137TAD86FC76FR16TEMP36,.511
0TAS151TAD89FC78FR21TEMP36,788TAS108TAD78FC94FR13TEMP36,085TAS112TAD72FC74FR19TEMP36,088TAS116TAD74FC74FR18TEMP36,6961
AS130TAD79FC73FR18TEMP36,597TAS134TAD79FC83FR19TEMP36,096TAS116TAD86FC104FR22TEMP36,582TAS107TAD70FC69FR19TEMP36,097TA
S130TAD80FC75FR15TEMP37,099TAS124TAD86FC128FR16TEMP37,20TAS0TAD0FC0FR0TEMP0,080TAS101TAD69FC58FR19TEMP36,0109TAS138TA
D94FC92FR19TEMP37,089TAS114TAD76FC79FR20TEMP36,975TAS92TAD66FC98FR20TEMP36,4122TAS157TAD105FC66FR10TEMP36,086TAS117TAD
70FC105FR19TEMP36,3115TAS148TAD98FC94FR14TEMP36,4106TAS130TAD94FC74FR22TEMP36,590TAS110TAD80FC70FR16TEMP36,799TAS124TA
D87FC102FR20TEMP36,0104TAS136TAD88FC97FR18TEMP36,0FC103FR18TEMP36,5**SO2**100**GLASGOW**0**PESO**0,000**TALLA**0TAS121TADS
40TAS0TAD0FC0FR0TEMP0,0**GLASGOW**15**MIEMBROS** SIN ALTEACIONESFC95FR35TEMP37,0**SO2**0**Estado de Conciencia**Aferta**CABEZA
Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS** ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMCIAS**TORAX Y CARDIO – PULMONAR** TIRAJES
INTERCOSTALES, TIRAJE SUPRACLAVICULAR, RUIDOS RESPIRATOIROS DISMINUICODS CON RONCUS GENRALIZADOS.**ABDOMEN**ADBOME
DISNTENDIDO TENSO, MUY DOLROOS A LA PALPCION SUPERIICAL Y PROFUNDA.**GENITO – URINARIO** NO SEE VALUA**MUSCULO –
ESQUELETICO** SIN ALTERACIONES**NEUROLÓGICO** AGITACION PSICOMOTORA, GLASGOW 14/15, SIN SGNOS DE FOCALLZIACION
NERUOLGOICA, SIN SIGNOS DE IRRITAICON MENIGEBNA.**PIEL Y FANERAS** SIN ALTERACIONES**CUELLO**SIN MASAS NI ADENOPATIAS, INO
INGUGIITACION
YUGULARTAS100TAD540TAS99TAD67FC118FR20TEMP0,0FC90FR19TEMP36,0**SO2**0**GLASGOW**0**PESO**0,000**TALLA**0TAS115TAD80

INDICACIONES MEDICAS / CONDUCTA

PLAN DE CUIDADO VALORACION INICIAL
PLAN
VIGILANCIA ESTRICTA EN SALAS DE REANIMACIÓN MIENTRAS PASO A UCI
CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO
SS/ RX DE ABDOMEN
SS/ PRUEBA DE EMBARAZO
P/ PARACLINICOS DE INGRESO Y PRUEA DE EMBARAZO
ANALISIS INGRESO HOSPITALIZACION
PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD HABITANTE DE CALLE ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVOS REMITIDO DESDE USI SAN FRANCISCO POR CUADRO DE TIEMPO INDETERMINADO DE DISTENSION Y DOLOR ABODMINAL ASOCIADO A DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA A SU INGRESO A LA INSTITUCION EN INMINENCIA DE FALLA VENTILATORIA POR LO CUAL REALIZAN INTUBACION OROTRAQUEAL, SOSPECHAN LESION DE VISCERA HUECA POR HALLAZGOS AL BARRIDO ECOGRAFICO MOTIVO POR EL QUE SOLICITAN TAC ABDOMINAL CONTRASTADO Y PARACLINICOS DE EXTENSION DIAGNOSTICA, HEMOGRAMA REPORTA CON LEUCOCTOSIS, SIN ANEMIA, TROMBOCITOSIS, AZOADOS NORMALES, LEVE ELEVACION DE TRANSAMINASAS, BILIRRUBINAS NORMALES, FOSFATASA ALCALINA Y LDH ELEVADOS, SEROLOGIA POSITIVA 64 DILS, ANTIGENO SUPERFICIE PARA HEPATITIS B, ANTICUERPOS PARA HEPATITIS C Y VIH NEGATIVOS, PRUEBA DE EMBARAZO *NEGATIVA, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, GASES ARTERIALES EN EQUILIBRIO ACIDO BASE , TRASTORNO LEVE DE OXIGENACION,* LACTATO NORMAL , PENDIENTE REPORTE DE TOMOGRAFIA ABDOMINAL, INGRESA A LA UNIDAD HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BAJO SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, SE CONTINUA MANEJO CON LEV, SEDONALAGEIS PROFUNDA, GASTROPROTECCION, SE QUEDA A ESPERA DE REPORTA DE IMAGENES Y REVALORACION POR CIRUGIA GENERAL PARA DEFINIR PROBABLE CONDUCTA QUIURGICA, VIGILANCIA MULTISISTEMICA EN CUIDADOS INTENSIVOS

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16 **CAMA:** 503 A
Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL20251015
Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/1989
E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

PLAN TERAPEUTICO INGRESO HOSPITALIZACION
VER ANALISIS
ANALISIS DEL INGRESO A URGENCIAS
PACIENTE FEMENINA EN CUADRTA DECADA CE LA VIA, HABITANTE CCDE CABLLE, CONSUMIDORA DE BAZUCO, NIEGA ANTECEDENTES, MUY MALA INFORMANTE, QUIEN INGRESA EN CAMILLA DE AMBULACNAI EN CODIGO PRIMARIO DE USI SAN FRANCISCO CON DIFICULTAD RESPURATORIA SEVERA, ASCITIS SEVERA, SE PASA A SALAS DE REANIMACION, SE TOMAN GASE ARTEIRALES LOS CUALES NO FUERON POSIBLES POR LO QUE SE TOMA MUESTRA VENOSA DONDE NO SE EVIDENCIA HIPERLACTATEMIA PH 7.34 PCO2 54 PO2 45 LACTATO 1 HCO3 29.SE ECONRA CON TIRAJES SUBCOSTALES Y SUPRACLAVICULARES, PACIETNE CON AGITACION PSICOMOTORA, DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA, CON ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIA, POR LO QUE DECIDE INTUBACION OROTRAQUEAL, SE REALIZA INTUBACION DE SECUENCIA RAPIDA CON PROPOFOL 55 MG , FENTANYL110 MCG Y ROCURONIO 55 MG , UNICO INTENTO EXITOSOS CON TUBO 7, SE FIJA TUBO EN 21 CM, SE DEJA CONSEDOANALGESCIA, SE SOCLITIAN TOMOGRAFIAS TORACOABDOMINAL COTNRASATTADAS, PRACLINCISOD E XTENSION, SE TRASLADA PARCIENTE A UCI SEGUN DISPONIBILDIAD D ECAMAS, SIN FAMILAIR PARA BRINDAR INFORMACION.
PLAN TERAPEUTICO Y DEL INGRESO A URGENCIAS
-VIGILANCIA ESTRICTA ES SALAS DE REANIMACION MIENTRAS APSOA UCI
-PASAR SONDA ANSOGASTRICA
-VENTILACION EMCANICA INVASIVA
-ADAPTER
-SEDDOANALGESIA
-PASAR SONDA VESICAL
-SS PARACLINICOS DE EXTENSION
-CONTROL ESTRICTO DE SIGNOS VITALES
ANALISIS INGRESO HOSPITALIZACION
PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE: 1. TUMOR BORLINE MUCIONOSOS ESTADIFICACION FIGO 1A AJCC T1a INC MO G1 ESTADIO CLINICO I 1.1 POP (24/01/2025) DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + RESECCION DE MASA QUISTICA DE OVARIO + *SALPINGOOFORECTOMIA IZQUIERDA + LIBERACION DE ADHERENCIAS + BIOPSIA PERITONEAL 2.INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA* RESUELTA 3. SIFILIS EN TRATAMIENTO 4. ATELECTASIA DERECHA 5. EXTUBACION 5 DE FEBRERO DE 2025, AL MOMENTO DE LA VALORACI ON ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, RESPIRACION ESPONTANEA, OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL, CON HALLAZ OS DESCRITOS AL EXAMEN FISICO. POR SU BUENA EVOLUCION INDICAN CONTINUAR MANEJO EN PISO POR CIRUGIA ONCOLOGICA. CONSIDE RO CONTINUAR CON IGUAL PLAN DE MANEJO INSTAURADO, ADICIONO TERAPIA FISICA. EXPLICO CONDUCTA A SEGUIR A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
PLAN TERAPEUTICO INGRESO HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR POR CIRUGIA ONCOLOGICA
DIETA BLANDA HIPERPROTEICA
CONECTOR
PENICILINA BENZATINICA 2400000 IM (PROXIMA DOSIS MAÑANA 10/02)
OMEPRAZOL 20 MG VO DIA
ENOXAPARINA 40 MG SC DIA
LOSARTAN 100 MG VO CADA 12 HRS
AMLODIPINO 10 MG VO DIA
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VO DIA
QUETIAPINA 50 MG AM 75 MG PM
LORAZEPAM 2 MG VO CADA 8 HRS
METADONA 10 MG VO CADA 8 HRS
PREGABALINA 150 MG VO NOCHE
SS/ TERAPIA RESPIRATORIA, FISICA
CSV-AC

JUSTIFICACION:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS

RESULTADO DE EXAMEN:

EVOLUCIONES

FECHA	MEDICO	
DESCRIPCIÓN		
23/01/2025 21:55	14399355 - FLOREZ GONZALEZ GUSTAVO ANDRES	MEDICINA DE URGENCIAS

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

CAMA: 503 A

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 ***Fecha Ingreso:*** 23/01/25 18:06:34 ***Fecha egreso:*** 11/02/25 14:52:16

Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente: VIVO**

Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL20251015

Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/1989

E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA

Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

CLASIFICACION UCI No Aplica**EVOLUCION ADICIONAL** MEDICINA DE EMERGENCIAS - SALA DE REANIMACIÒN PACIENTE DE 35 AÑOS CON DX: -. DOLOR ABDOMINAL -. PERFORACIÒN DE VISCERA HUECA A DESCARTAR -. HEPATOESPLENOMEGALIA -. CONSIMUDORA DE SPA TA 174/108, FC 102 XMIN, FR 20 XMIN, SAT 96% RONCUS EN AMBOS CAMPOS ABDOMEN DISTENDIDO NO VALORABLE EN EL MOMENTO EXT SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR < 2 SEG NEURO BAJO SEDACIÒN RASS -1 PARACLÌNICOS: SIN REPORTES ANALISIS: PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL SIN CLARA CRONOLOGÌA NI CONTEXTO CLÌNICO EN QUIEN SE EVIDENCIÒ EN SU INGRESO DISTENCIÒN MARCADA CON DOLOR A LA PALPACIÒN DIFUSA; SE REALIZÒ VALORACIÒN AL LADO DE CAMA CON EVIDENCIA DE PATRON B BILATERAL, DERRAME PLEURAL DER CON SEGMENTACIÒN DE LINEA PLEURAL, ESCASO LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL Y HEPATOESPLENOMEGALIA. ANTE DIFICULTAD PARA CONSERVAR EL DECUBITO Y LIMITACIÒN TECNIA POR DICHA CONDICIÒN PARA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ADEMAS DE RIESGO DE DETERIRO CLÌNICO REALIZAN PROTECCIÒN DE VÌA AÈREA. DE MOMENTO PACIENTE SIN REPORTE DE PARACLÌNICOS EN QUIEN CONSIDERO POSIBLE COMPROMISO DE VISCERA HUECA QUE SE HACE NESARIO DESCARTAR, SOLICIO VALORACIÒN POR CX GENERAL. TIENE PENDIENTE REPORTE LABORATOROIS Y TOMA DE TAC DE TORACOABDOMIAL SUGERIDO EN SU INGRESO APARA ACLARAR COMPROMISO. POR *REQUERIMIENTO DE SOPORTE AMERITA CONTINUAR MANEJO EN UCI. NOTA DE PROCEDIMIENTOSE REALIZA PASO DE CATETER CENTRAL* ECOGUIADO BAJO TÈCNICA ASCEPTICA Y ANEESTESIA LOCAL, LOGRANDO ACCESO VASCULAR YUGULAR INTERNO DER EN ÙNICO INTENTO. SE CCORROBORA ADECUADA PERMEABILIDAD Y SE FIJA A PIEL.

24/01/2025 1:53 79963248 - ACOSTA AMAYA OSCAR HERNANDO CIRUGÍA GENERAL

DESCRIPCION DE LA VALORACION**VALORACIÓN INICIAL CIRUGIA GENERAL***MOTIVO DE CONSULTA:"TRASLADO PRIMARIO POR DISTENSION ADOMINAL SEVERA"ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, HABITANTE DE CALLE, MAL INFORMATE, TRAIDA EN CODIGO PRIMARIO DE USI DE SAN FRANCISCO POR CUADRO CLINICO DE INICIO DESCONOCIDO, CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL Y DISTENSION ABDOMINAL SEVERA, ADEMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SERVERA. POR LO QE DECIDEN TRAERLA PARA MANEJO EN TERCER NIVEL POR ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIA. ANTECEDENTES:PATOLOGICOS:DESCONOCIDOSQUIRURGICOS: DESCONOCIDOSFARMACOLOGICOS:DESCONOCIDOSTOXICOS:BAZUCOALERGICOS:DESCONOCIDOEXAMEN FISICO TA 157/122, FC 112 XMIN, FR 25 XMIN, T 36.5°, SAT 97% PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, INESTABLE HEMODINAMICAMENTE CARDIOPULMONAR: RONCUS EN AMBOS CAMPOSABDOMEN: DISTENDID NO VALORABLE EN EL MOMENTO, NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR <2 SEG NEUROLOGICO: BAJO SEDACION RASS -1 PARACLÍNICOS:SIN REPORTES ANALISIS:PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL SIN CRONOLOGÍA EXACTA, NI CONTEXTO CLINICO, QUIEN FUE INTUBADA COMO PRTECCION DE LA VIA AEREA DADO CONDICION CLINICA EN SU INGRESO POR URGENCIAS. DONDE TAMBIEN SE EVIDENCIÓ EN SU INGRESO DISTENCION ABDOMINAL MARCADA CON DOLOR A LA PALPACIÓN DIFUSA; *AL INGRESO SE REALIZÓ VALORACIÓN AL LADO DE LA CAMA CON EVIDENCIA DE PATRON B BILATERAL, DERRAME PELURAL DERECHO CON* SEGMENTACIÓN DE LINEA PLEURAL, ESCASO LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL Y HEPATOESPLENOMEGALIA. ANTE DIFICULTAD PARA CONSERVAR EL DECUBITO Y LIMITACIÓN TENICA POR DICHA CONDICIÓN, EN QUIEN SE CONSIDERO POSIBLE COMPROMISO DE VISCERA HUECA QUE SE HACE NECESARIO DESCARTAR, RAZON POR LA CUAL NOS INTERCONSULTAN. AL MOMENTO DE LA VALRACIÓN ABDOMEN GLOBOSO, DURO, CON DEFENSA ABDOMINAL MARCADA, POR LO QUE NO SE DEJA EXAMINAR, NO IMPRESIONA DOLOR, NI SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SE BEEFICIA DE RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AHORA Y PRUEBA DE EMBARAZO DADO SOSPECHA POR EXAMEN FISICO REALIZADO. TIENE PENDIENTE REPORTE LABORATORIOS Y TOMA DE TAC DE TORACOABDOMINAL SOLICITADO AL INGRESO, MEDICO DE INGRESO INDICA QUE POR REQUERIMIENTO DE SOPORTE AMERITA CONTINUAR MANEJO EN UCI. SE REVALORARA CON RESULTADOS. IDX:DOLOR ABDOMINAL PERFORACIÓN DE VISCERA HUECA A DESCARTAR HEPATOESPLENOMEGALIA COSUMIDORA DE SPA

24/01/2025 9:32 8533957 - SALAZAR FERNANDEZ ROMULO MEDICO INTERNISTA E INTENSIVISTA CUIDADO CRITICO

**** OBJETIVO ****MALAS CONDICIONES GENERALES, BAJO SOPORTE VENTILATORIO MODO ASISTIDO CONTROLADO, SINCRONICA, INDICES DE OXIGENACION LEVEMENTE COMPROMETIDOS, NORMOTENSA, TAQUICARDICA, LLENADO CAPILAR 8 SEGUNDOS, DIURESIS 30 CC/HORA EN ULTIMAS TRES HORAS, AFEBRIL, ABDOMEN GLOBOSO, TIMPANICO A L PERCUSION, DOLOR NO EVALUABLE POR ESTADO DE SADACION, EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR PROLONGADO, NEUROLOGICO: SEDACION CON MIDAZOLAM-FENTANIL, RASS (-5) PUPILAS IGUALES 2 MM REACTIVAS. PARACLINICOS: LEUC: 17040, N: 59%, HB: 13.9, PLAQUETAS: 617000, BUN: 11.9, CREAT: 0.63, NA. 144, K: 4.05, TGO: 68, TGP: 40, BILIRRUBINAS NORMALES, FOSFATASA ALCALINA: 213, LDH: 261, GASES SANGUINEOS: PH: 7.18, PCO2: 60, HCO3: 22, LACTATO: 0.5, BE: (-3) PaO2/FIO2: 270, TAC ABDOMINAL: SE OBSERVA GRAN LESION QUISTICA DEPENDIENTE DE ANEXO IZQUIERDO **PLAN DE MANEJO** MANEJO EN UCI, SOPORTE VENTILATORIO MECANICO INVASIVO, SEDACION PROFUNDA, BOLO DE CRISTALOIDES, CONTINUAR INFUSION, PENDIENTE PASO A SALAS DE CIRUGIA, SE RESERVAN TRES UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS **ANALISIS** PACIENTE DE 35 AÑOS, ANTECEDENTES DESCONOCIDOS, REFERIDA DE PRIMER NIVEL DONDE INGRESA EN INSUFICIENCIA RESPPIRATRIA CON DOLOR ABDOMINAL, REQUIERE SOPORTE VENTILATORIO, EN MECANICA VENTILATORIA CON PRESIONES INSPIRATORIAS ALTAS, GASES SANGUINEOS CON ACIDEMIA RESPIRATORIA, HEMODINAMICAMENTE CON TAQUICARDIA, LLENADO CAPILAR PROLONGADO, DISMINUCION DEL GASTO URINARIO, SE CONSIDERA PACIENTE CURSANDO CON INDROME DE HIPERTENSION INTRA-ABDOMINAL, VALORADA POR CIRUGIA ONCOLOGICA CONSIDERA DX DE QUISTE OVARICO CON PROBABLE TORSION INDICA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DE URGENCIA. ** INTERPRETACION *EXAMENES**LEUCOCITOSIS, HB, PLAQUETAS, NITROGENADOS, TRANSAMINASAS, SODIO, POTASIO Y BILIRRUBINAS NORMALES, GASES* SANGUIENOS: ACEDEMIA RESPIRATORIA, NORMOXEMIA**CLASIFICACIÓN UCI**Intensivo

24/01/2025 9:38 14296839 - ALVAREZ ROJAS DIEGO ENRIQUE CIRUGIA ONCOLOGICA

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

CAMA: 503 A

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16

Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO

Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL20251015

Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/1989

E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA

Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

CLASIFICACION UCI Intensivo**EVOLUCION ADICIONAL** *** VALORACION POR CIRUGIA ONCOLOGICA ***MOTIVO DE CONSULTA: MASA ABDOMINALPACIENTE DE 35 AÑOS, HABITANTE DE CALLE, QUIEN INGRESA POR CUADRO CLINICO DE DISTENSION Y DOLOR ABDOMINAL Y DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA, SE ACUDE A LLAMADO DE CIRUGIA GENERAL PARA VALORACION DE PACIENTE POR POSIBLE INTERVENCION QUIRURGICA DE URGENCIA. ACTUALMENTE PACIENTE CON SOPORTE VENTILATORIO, RASS-5, ABDOMEN DURO, DISTENDIDO. SE OBSERVAN IMAGENES TAC ABDOMINAL DEL DIA DE AYER 23/01/2025, OBSERVANDO GRAN LESION MIXTA DE ORIGEN ANEXIAL. EXAMIEN FISICO: ESTADO GENERAL: SE VALORA PACIENTE CON TODOS LOS ELEENTOS DE PROTECCION PERSONALINGRESA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, DESHIDRATADO, AFEBRIL, BAJO SEDOANALGESIA Y SOPORTE VENTILATORIO INVASIVOCABEZA Y SENTIDOS: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMICASCUELLO: SIN MASAS NI ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, CATETER VENOSO CENTRAL YUGULAR INTERNO DERECHO FUNCIONAL CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, RUIDOS RESPIRATOIROS DISMINUIDOS CON RONCUS GENRALIZADOSABDOMEN: GLOBOSO, INDURADO, GENITOURINARIO: SONDA VESICAL A CISTOFLO CON ORINA CONCENTRADA MIEMBROS: NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR 3 SEGUNDOS MUSCULOESQUELETICO: HIPOTROFIA NEUROLOGICO: BAJO SEDOANALGESIA RAS -5, PUPILAS 2 MM HIPORREACTIVOS PIEL Y FANERAS: NO LESIONES PARACLINICOS: HEMOGRAMA 23/01/2025: LEUCOS 17.04 NEU 59.9 HB 13.9 HTO 43.9 PLQ 617.000 GLICEMIA 160 BUN 11.9 CREAT 0.63 NA144.7 K 4.05 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 DIRECTA 0.16 INDIRECTA 0.09 FOSFATASA ALCALINA 213LDH 261 AMILASA 66.5REVISION DE TAC: TAC DE TORAX CON EVIDENCIA DE LESION EN VIDRIO ESMERILADO EN SEGMENTO BASAL IZQUIERDO SIN DERRAME, SIN NEUMOTORAX, SIN PATRON RESTRICTIVO ANATOMICO DADO NO ELEVACION DE DIAFRAGMA. TAC ABDOMINAL: LESION MIXTA SOLIDA / QUISTICA ANEXIAL DEL LADO DERECHO, DE GRAN TAMAÑO QUE COMPRIME Y DESPLAZA ESTRUCTURAS ABDOMINALES Y RETROPERITONEALES, NO SE DESCARTA TORSION DE TUMOR.PLAN Y ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS, HABITANTE DE CALLE CON ANTECEDENTES DESCONOCIDOS, CON CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CON DOLOR ABDOMINAL Y ALTERACION DE PATRON VENTILATORIO CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, EN TAC DE ABDOMEN HALLAZGO DE LESION MIXTA DE ORIGEN ANEXIAL, GRAN VOLUMINOSA QUE COMPRIME Y DESPLAZA ESTRUCTURAS INTRAABDOMINALES DE CARACTERÍSTICAS CRONICAS, NO SE DESCARTA TORSION DE QUISTE ANEXIAL, MOTIVO POR EL CUAL SE CONVIERTE EN URGENCIA QUIRURGICA. SE INICIA PROTOCOLO PARA REALIZACION DE LAPAROTOMIA DE URGENCIA. POR CARACTERISTICAS DE CUADRO CLINICO Y CONTEXTO SOCIAL DE LA PACIENTE, Y EL EVENTO URGENTE DE LAPAROTOMIA PACIENTE CON MAL PRONOSTICO A CORTO PLAZO, SE INFORMA A MEDICOS TRATANTES Y A TRABAJO SOCIAL. SE CONTINUARAN MANEJO QUIRURGICO.SE GENERA BOLETA QUIRURGICA, SE INDICA PASAR 4 UGRE.

24/01/2025 16:51 14296839 - ALVAREZ ROJAS DIEGO ENRIQUE CIRUGIA ONCOLOGICA

DESCRIPCION QUIRURGICA - FECHA 24/01/2025 4:36:50 p.m.**DESCRIPCION QUIRURGICA - HALLAZGOS** TUMOR QUISTICO DEPENDIENTE DE OVARIO IZQUEIRDO CON TORSION DE 180 GRADOS SOBRE SU EJE CON COMPRESION DE TODAS LAS ESTRUCTURAS INTRAABDOMINALES ALGUNAS ASAS DELGADAS CON COLORACION VIOLACEA LACUAL REPERFUNDE ADECUADAMENTE POSTERIOR A LA EXTRACCION DE LA MISMA, SINDROME ADHERENCIAL ZHULKE III CON ADHERENCIAS VISCEROPARIETALES EN LA CAVIDAD, ANEXO DERECHO SIN ALTERACIONES PERITONEO PARIETAL O SUPERFICIE HEPATICA SIN LESIONES ADICIONALES LIQUIDO SEROHEMATICO EN CAVIDAD **DX QUI - TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGIA** PRODUCTO DE SALPINGOOFORECTOMIA IZQUIERDABIPPSIA DE PERITONEO LIQUDIO PERITONEAL **DESCRIPCION QUIRURGICA - PROCEDIMIENTO** LISTA DE CHEQUEO, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLCOACIONDE CAMPOS ESTERILES, INCISION DE LAPAROTOMIA SUPRA E INFRAUMBILIUCAL, DISECCION POR PLANOS HASTA INGRESAR A CAVIDAD, IDENTIFICADNO HALALZGOS DESCRITOS, SE TOMA MUESTRA DE LIQUDIO PERITONEAL. EVISCERACION DE GRAN MASA ANEXIAL SE REALIZA LIBERACION SECUENCIAL DE ADHERENCIAS, SE IDENTIFICA PEDICULO VACULAR EL CUAL SE CLAMPEA CORTA Y SELIGA CON SEDA 2-0 EXTRACCION DE GRAN MASA LA CUAL SE ENVIA A PATOLOGIA REVISION EXHAUSTIVA DE LA HEMOSTASIA Y LIBERACION DE ADHERENCIAS DEL EPIPLON A LA PARED CON ENSEAL SE REALIZA TOMA DE BIOPSIA RESIDUAL DE PERITONEO LIMPIEZA DE LA CAVIDAD CONTEO DE COMPRESAS COMPLETO, CIERRE DE APONEUROSIS CON VICRRYL 2-0 CIERRE DE PIEL CON PUNTOS COLCHONERO SDE PROLENE 3-0 SECUBRE HERIDA CON GASA ESTERIL Y FIXOMULL

24/01/2025 17:47 14296839 - ALVAREZ ROJAS DIEGO ENRIQUE CIRUGIA ONCOLOGICA

CLASIFICACION UCI No Aplica**EVOLUCION ADICIONAL** **NOTA POP CIRUGÍA ONCOLOGICA****DX PRE: TUMOR QUISTICO DE ORIGEN ANEXIALDX POST: TUMOR QUISTICO DE ORIGEN ANEXIALPROCEDIMIENTO: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + RESECCION DE MASA QUISTICA DE OVARIO + SALPINGOOFORECTOMIA IZQUIERDA + LIBERACION DE ADHERENCIAS + BIOPSIA PERITONEAL. CIRUJANO:DR. DIEGO ENRIQUE ALVAREZ AYUDANTE 1: DR. SEBASTIAN MOLINA AYUDANTE 2: ANDERSON RODRIGUEZ HALLAZGOS: TUMOR QUISTICO DEPENDIENTE DE OVARIO IZQUEIRDO CON TORSION DE 180 GRADOS SOBRE SU EJE CON COMPRESION DE TODAS LAS ESTRUCTURAS INTRAABDOMINALES ALGUNAS ASAS DELGADAS CON COLORACION VIOLACEA LACUAL REPERFUNDE ADECUADAMENTE POSTERIOR A LA EXTRACCION DE LA MISMA, SINDROME ADHERENCIAL ZHULKE III CON ADHERENCIAS VISCEROPARIETALES EN LA CAVIDAD, ANEXO DERECHO SIN ALTERACIONES PERITONEO PARIETAL O SUPERFICIE HEPATICA SIN LESIONES ADICIONALES LIQUIDO SEROHEMATICO EN CAVIDAD ANALISIS:PACIENTE FEMENINA AÑOS DE EDAD EN POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA CON RESECCION DE TUMOR QUISTICO ANEXIAL IZQUIERDO, CON HALLAZGOS DESCRITOS, SIN COMPLICACIONES, SE INDICA RETORNO A UCI. SE TOMAN MUESTRAS DE LIQUIDO PERITONEAL PARA CULTIVOS. PLANHOSPITALIZAR EN UCICONTINUAR MANEJO INSTAURADO

24/01/2025 18:22 93239919 - MURILLO TRUJILLO ANDRES CIRUGIA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16 **CAMA:** 503 A
Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL20251015
Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/1989
E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

**** OBJETIVO **** SOPORTES VASOPEROSR: NORADRENALINA VENTILATORIO: VMI INFECCIOSO: NO MALAS CONDICIONES GENERALES, BAJO SEDACION RASS -4 CC ESCELRAS ANICTERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA CP TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE ABD FRANCAMENTE DISTENDISO DURO A LA PALAPCION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITEONAL, SE PALPA GRAN MASA QUE SE EXTIENDE HASRTA REGION SUPRAUMBILICAL NO MOVIL DIURESIS 30 CC/HORA EN ULTIMAS TRES HORAS, EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR PROLONGADO, NEUROLOGICO: SEDACION CON MIDAZOLAM-FENTANIL, RASS (-5) PUPILAS IGUALES 2 MM REACTIVAS. **PLAN DE MANEJO** SE CIERRA IC CIRUGIA GENERAL **ANALISIS** PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, CON GRAN MASA INTRAABDOMINAL CON SOSPECHA DE SINDORME COMPARIMENTAL ABDOMINAL, EN EL MOMENTO PACINETE CON REQUERIMEITNO DE SOPORTE VASOPRESOR Y VENTILATORIO CON ABDOMEN CON EVIDNIC ADE GRAN MASA PALPABLE DURA NO DOLORASA SE SOLICITO TAC DE ABDOMEN EL CUAL SE EVIDENCIA GRAN LESION QUISTICA POSIBLEMENTE DEPENDEINTE DE ANEXOS CON COMPRESIOND E ASAS Y GRANDES BASOS PARACLINICOS REPORTAN LEUCOCITOSIS, SIN ANEMIA, TROMBOCITOSIS, LEVE ELEVACION DE TRANSAMINASAS, BILIRRUBINAS NORMALES, FOSFATASA ALCALINA Y LDH ELEVADOS, SEROLOGIA POSITIVA 65 DILS, ANTIGENO HEPATITIS B, C Y VIH NEGATIVOS, PRUEBA DE EMBARAZO *NEGATIVA, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, CIRUGIA ONCOLOGICA LA VALORO QUIEN INDICA " EN TAC DE ABDOMEN HALLAZGO DE* LESION MIXTA DE ORIGEN ANEXIAL, GRAN VOLUMINOSA QUE COMPRIME Y DESPLAZA ESTRUCTURAS INTRAABDOMINALES DE CARACTERÍSTICAS CRONICAS, NO SE DESCARTA TORSION DE QUISTE ANEXIAL, MOTIVO POR EL CUAL SE CONVIERTE EN URGENCIA QUIRURGICA. POR PARTE DE NUESTRO SERVICIO NO REQUEIRE MANEJOS ADICIONALES DEBE CONTINUAR SEGUIMIETNO POR CIRUGIA ONCOLOGICA SE CIERRA INTERCONSULTA. ** INTERPRETACION EXAMENES**ANTIGENO C25 PT: 10.80PTT: 28.00INR: 1.02LEUCOS: 17.4NEUTROS 59.9090HEPATITIS B 0.45VIH Y HEPATITIC C NEGATIVOSGLICEMIA EN SUERO 160NITROGENO 11.90CREATININA 0.63BT 0.25 +BD 0.16BIND 0.09FOSFATASA 213.00AMILASA EN SUERO 66.50SEROLOGIA + 64 DLSTGO 69TGP 40FOSFATASA 212 LDH 261**CLASIFICACIÓN UCI**Intensivo

24/01/2025 22:14 *8533957 - SALAZAR FERNANDEZ ROMULO* *MEDICO INTERNISTA E INTENSIVISTA CUIDADO CRITICO*

CLASIFICACION UCI Intensivo**EVOLUCION ADICIONAL** EVOLUCION NOCHEPACIENTE EN MALAS CONDICIONES, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, BAJO VENTILACION MECANICA INVASIVA, ADECUADAS OXIMETRIAS DE PULSOTA 115/79, TAM 81, FC 96XMIN, FR 19XMIN, S O2 96%, TEMP 36°C, MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO INGURGITACION YUGULARCAMPOS PULMONARES CON MV ADECUADA TRANSMISIONRSCS RITMICOSBAJO EFECTOS DE SEDONALGESIA RASS -5PACIENTE EN MALAS CONDICIONES, HEMODINAMICAMENTE ESTAB LE SIN SOPORTE VASOPRESOR O INOTROPICO, ADECUADO CONTROL GLUCOMETRICO, GASTO URINARIO CONSERVADO, CONTINUA MANEJO EN CUIDADOS INTENSIVOS.

25/01/2025 8:55 *8533957 - SALAZAR FERNANDEZ ROMULO* *MEDICO INTERNISTA E INTENSIVISTA CUIDADO CRITICO*

**** OBJETIVO ****MALAS CONDICIONES GENERALES, BAJO SOPORTE VENTILATORIO MODO ASISTIDO CONTROLADO, SINCRONICA, INDICES DE OXIGENACION MODERADAMENTE COMPROMETIDOS, MECANICA PULMONAR CON AUMENTO DE PRESION INSPIRATORIA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, DIURESIS 0.6 CC/KG/H, BALANCE 1266 CC(+) ACUMULADO: 1305 CC(+) HERIDA QX ABDOMINAL EN BUEN ESTADO, NEUROLOGICO: BAJO SEDACION PROFUNDA CON MIDAZOLAM-FENTANIL, RASS(-5) PUPILAS IGUALES 3 MM REACTIVASPARACLINICOS: LEUC: 11190, N: 76%, HB: 11, PLAQUETAS: 444000, PT: 12, PTT: 30, INR: 1.17, BUN: 15, CREAT: 0.73, NA: 141, K: 3.83, CLORO: 108, GLUCOMETRIAS BAJAS CON INDICACION DE INFUSION DE DEXTROSA **PLAN DE MANEJO** MANEJO EN UCI, SOPORTE *VENTILATORIO MECANICO INVASIVO (AJUSTE DE PARAMETROS) , CRISTALOIDES EN INFUSION, SEDACION CON MIDAZOLAM-FENTANIL,* INFUSION DE DEXTROSA AL 10% PENDIENTE VALORACION POR SOPORTE NUTRICIONAL. **ANALISIS** PACIENTE EN POP DE RESECCION DE TUMOR QUISTICO DE OVARIO CON SIGNOS DE TORSION, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. EN MALAS CONDICIONES GENERALES, BAJO SOPORTE VENTILATORIO MODO ASISTIDO CONTROLADO, SINCRONICA, INDICES DE OXIGENACION MODERADAMENTE COMPROMETIDOS, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, DIURESIS 0.6 CC/KG/H, BALANCE 1266 CC(+) ACUMULADO: 1305 CC(+) HERIDA QX ABDOMINAL EN BUEN ESTADO, NEUROLOGICO: BAJO SEDACION PROFUNDA CON MIDAZOLAM-FENTANIL, RASS(-5) PUPILAS IGUALES 3 MM REACTIVAS ** INTERPRETACION EXAMENES**HEMOGRAMA, NITROGENADOS, TIEMPOS DE COAGULACION, NITROGENADOS, SODIO, POTASIO Y CLORO NORMALES, GASES ARTERIALES: ACIDEMIA RESPIRATORIA, LEVE, HIPÓXEMIA MODERADA, RX DE TORAX SIN ALTERACIONES**CLASIFICACIÓN UCI**Intensivo

25/01/2025 13:07 14296839 - ALVAREZ ROJAS DIEGO ENRIQUE CIRUGIA ONCOLOGICA

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL **CAMA:** 503 A

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16
Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL2025101
Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/198
E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

07/02/2025 22:41 93411804 - TORRES GARCIA EDWIN ALBERTO MEDICO INTERNISTA E INTENSIVISTA CUIDAD CRITICO

CLASIFICACION UCI Intermedia**EVOLUCION ADICIONAL** EVOLUCIÓN MÉDICA NOCHEUNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOSDR EDWI ALBERTO TORRES GARCIA (MEDICO INTENSIVISTA) - DR ALVARO GOMEZ BLANQUICET (MEDICO GENERAL ASISTENCIAL)PACIENTE FEMENIN DE 35 AÑOS DE EDAD CON ESTANCIA EN LA UNIDAD CON DIAGNOSTICOS DE:1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA RESUELTA. 2. SINDROM DE HIPERTENSION INTRA ABDOMINAL. 3. TUMOR QUISTICO DEPENDIENTE DE OVARIO IZQUIERDO CON TORSION. 4. POP (25/01/202 LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + RESECCION DE MASA QUISTICA DE OVARIO + SALPINGO-OFORECTOMIA IZQUIERDA + LIBERACION D ADHERENCIAS + BIOPSIA PERITONEAL. 5. SIFILIS6. ATELECTASIA DERECHA.7. EXTUBACION 5 DE FEBRERO DE 2025REGULARES CONDICIONE GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, RESPIRACION ESPONTANEA, OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL, HERID QX ABDOMINAL EN BUEN ESTADO, TOLERA NUTRICION POR VIA ORAL, NEUROLOGICO: ALERTA, INTERACTUA CON EL MEDIO EXTERNO OBEDECE ORDENES SENCILLAS, SIN FOCALIZACION MOTORA. SE CONTINUA MANEJO EN CUIDADO INTERMEDIO, OXIGENO SUPLEMENTARI POR CANULA NASAL, RECLUTAMIENTO ALVEOLAR CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA HASTA CORRECCION RADIOLOGICA D ATELECTASIAS SUBSEGMENTARIAS DE CAMPO PULMONAR DERECHO.

08/02/2025 12:33 93411804 - TORRES GARCIA EDWIN ALBERTO MEDICO INTERNISTA E INTENSIVISTA CUIDAD CRITICO

**** OBJETIVO ****REGULARES CONDICIONES GENERALES, DEPENDIENTE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO A 2 LIT/MIN (SE DEDATURA A RETIRARLO) HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, DIURESIS ESPONTANEA NO CUANTIFICADA, HERIDA QUIRURGICA ABDOMINAL EN BUE ESTADO, TOLERA DIETA ORAL, NEUROLOGICO: ALERTA, INTERACTUA CON EL MEDIO EXTERNO , SIN DEFICT MOTOR. **PLAN DE MANE JO MANEJO EN CUIDADO INTERMEDIO, OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL, INCENTIVO RESPIRATORIO. **ANALISIS** PACIENTE E REGULARES CONDICIONES GENERALES, DEPENDIENTE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO A 2 LIT/MIN (SE DEDATURA AL RETIRARLO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, DIURESIS ESPONTANEA NO CUANTIFICADA, HERIDA QUIRURGICA ABDOMINAL EN BUEN ESTADO TOLERA DIETA ORAL, NEUROLOGICO: ALERTA, INTERACTUA CON EL MEDIO EXTERNO , SIN DEFICT MOTOR. ** INTERPRETACIO EXAMENES**NO INDICADOS**CLASIFICACIÓN UCI**Intermedia

08/02/2025 12:50 14296839 - ALVAREZ ROJAS DIEGO ENRIQUE CIRUGIA ONCOLOGICA

**** OBJETIVO ****PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, DIURESIS POSITIVA.CABEZA: NORMOCEFAL CONJUTNIVASHIPOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA SEMISECACUELLO: SIN MASAS NI ADENOPATIAS, NO INGURGITACIO YUGULAR, CATETER VENOSO CENTRAL YUGULAR INTERNO DERECHO FUNCIONAL TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDO CARDIACOS RITMICOS, RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS CON RONCUS GENRALIZADOSABDOMEN: DISTENDIDO LEVEMENTE, HERID QUIRURGICA CON BORDES AFRONTADOS, SIN SIGNOS DE SANGRADO NI SOBREINFECIONGENITOURINARIO: SONDA VESICAL A CISTOFLO CO ORINA CLARAMIEMBROS: SIMETRICOS, HIPOTROFICOS, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR 3 SEGUNDOS NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA E LAS 3 ESFERAS, SIGUE Y OBEDECE ORDENES, NO APARENTE ALTERACIÓMOTORA NI SENSITIVA, NO MENINGISMO PIEL Y FANERAS: SI ALTERACIONES**PLAN DE MANEJO** TRASLADO A PISOCONTINUAR MANEJO INSTAURADOSE RECOMIENDA INICIAR DESTETE DE OXIGENOS RECOMIENDA DEAMBULACIONSS/TERAPIA RESPIRATORIA P/ INMUNOHISTOQUIMICA PARA CONFIRMAR HALLAZGOS **ANALISIS** PACIENT FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN POP DE LAPAROTOMIA RESECCION DE MASA QUISTICA DE OVARIO + SALPINGOOFORECTOMIA IZQUIERDA + LIBERACION DE ADHERENCIAS + BIOPSIA PERITONEA *DEL DIA 24/01/2025. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, RECIBE Y OBEDECE* ORDENES, DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS, DIURESIS ADECUADA, CON AGITACION PSICOMOTORA. HERIDA QUIRURGICA LIMPIA SIN SIG NO DE INFECCIÓN NI ESTIGMAS DE SANGRADO. REPORTE DE CITOLOGIA DE LIQUIDO PERITONEAL CON AUSENCIA DE CÉLULAS TUMORALES, S CONSIDERA CATEGORIA 2 REPORTE INTERNACIONAL DE LIQUIDOS SEROSOS, CUENTA CON REPORTE DE PATLOGIA N° 361- 2025 REPORT DOCTORA RIOS EVIDENCIA NEOPLASIA MUCINOSA., HALLAZGOS MORFOLOGICOS COMPATIBLES CON TUMOR MUCINOSOS BORDERLINE D MALIGNIDAD LIMITROFE DE 25 X 23 X14 CM, NO HAY COMPROMISO DE LA CAPSULA, NO PRESENTA SIGNOS DE RUPTURA. TENIENDO E CUENTA LO ANTERIOR A LA ESPERA DE INMUNOHISTOQUIMICA, SE ESTADIFICA SEGUN FIGO COMO ESTADIO IA, SEGUN AJCC T1a NO MO C ESTADIO CLINICO I PACIENTE SE BENEFICIA DE TRASLADO A PISO PARA CONTINUAR VIGILANCIA CLINICA Y POSTQUIRURGICA, S RECOMIENDA DESTETE DE OXIGENO POR LO QUE SE SOLICITA TERAPIA RESOPIRATORIA, SE INSITE EN LA DEAMBULACION POR EL MOMEINT SE CONTINUA MANEJO Y DEPENDIENDO EVOLUCION VALORAREMOS EGRESO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER ACEPTAR. SE COMENTA CON HOSPITALARIO DE TURNO.** INTERPRETACION EXAMENES**NO TIENE NUEVOS PARACLINICOS PARA REPORTA **CLASIFICACIÓN UCI**Basica

09/02/2025 0:33 93411804 - TORRES GARCIA EDWIN ALBERTO MEDICO INTERNISTA E INTENSIVISTA CUIDAD CRITICO

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16 **CAMA:** 503 A
Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL2025101
Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/19
E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

CLASIFICACION UCI Intermedia**EVOLUCION ADICIONAL** UCI NOCHE DR TORRES Y DR MOLINAPACIENTE MASCULINO DE 74 AÑOS DE EDA CON DIAGNOSTICOS DE: 1. FALLA CARDIACA CRONICA AGUDIZADA 1.1 ANTECEDENTE DE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO BIOLOGICO (DIOB LESION AORTICA) 2. SINDROME OBSTRUCTIVO BILIAR (COLEDOCOLITIASIS) 2.1 COLELITIASIS + COLECISTITIS TOKIO II 2.2. COLEDOCOLITIAS RESUELTA POR CPRE 2.2.3 POP 14/01/2025 CPRE + PAPILOTOMIA/ESFINTEROTOMIA BILIAR + EXTRACCION DE CALCULOS (HEMORRAGIA POS CPRE) 2.2.4 COLECISTECTOMIA VIA ABIERTA + HEPATORRAFIA + HERNIORRAFIA EPIGASTRICA 01/02/2025 3. ARTRITIS GOTOSA 4. DELIRIU MIXTO RESUELTO 5. POP (01/02/2025) COLECISTECTOMIA-RAFIA HEPATICAGLUCOMETRIA: 160-154 MG/DLDIURESIS ESPONTANEA PACIENTE E REGULARES CONDICIONES GENERALES, SUPLENCIA DE OXIGENO CON CANULA NASAL, AFEBRIL, ALERTA Y ORIENTADOCABEZA Y CUELL NORMOCEFALO, ISOCORIA NORMOREACTIVA, ESCLERAS ICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS, T MASASTORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO, SIN LESIONES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULA PRESENTE SIN SOBREAGREGADOSABDOMEN: BLANDO, LIGERAMENTE DOLOROSO A LA PALPACION SOBRE HERIDA QUIRURGICA, S ESTIGMAS DE SANGRADO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, DRENE SUBHEPATICO CON ESCASO DRENAJEEXTREMIDADE SIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOSNEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADO, SIN DEFIC NEUROLOGICO O MOTOR APARENTE PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SOPORTE VASOACTIV DIURESIS ESPONTANEA, AFEBRIL, ADECUADO CONTROL METABOLICO CON NUTRICION PARENTERAL, TOLERA DIETA LIQUIDA CLARA, S DETERIORO VENTILATORIO O NEUROLOGICO, SE SOLICITA PERFIL HEPATICO DE CONTROL, SE CONTINUA VIGILANCIA EN CUIDADO INTERMEDIOS

09/02/2025 8:17 14296839 - ALVAREZ ROJAS DIEGO ENRIQUE CIRUGIA ONCOLOGICA

**** OBJETIVO ****PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, DIURESIS POSITIVA.HALANCE HIDRICO: 200 CC, LIQUIDO ADMINISTRADOS:900 CC, LIQUIDOS ELIMINADOS: 700 CCCABEZA: NORMOCEFALA, CONJUTNIVASHIPOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICA MUCOSA SEMISECACUELLO: SIN MASAS NI ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, CATETER VENOSO CENTRAL YUGULAR INTERN DERECHO FUNCIONAL TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS CO RONCUS GENRALIZADOSABDOMEN: DISTENDIDO LEVEMENTE, HERIDA QUIRURGICA CON BORDES AFRONTADOS, SIN SIGNOS DE SANGRAD NI SOBREINFECIONMIEMBROS: SIMETRICOS, HIPOTROFICOS, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR 3 SEGUNDOS NEUROLOGICO: ALERT ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, SIGUE Y OBEDECE ORDENES, NO APARENTE ALTERACIÓMOTORA NI SENSITIVA, NO MENINGISMO P'EL FANERAS: SIN ALTERACIONES**PLAN DE MANEJO** TRASLADO A PISOCONTINUAR MANEJO INSTAURADOSE RECOMIENDA INICIAR DESTETE I OXIGENOSE RECOMIENDA DEAMBULACIONP/ INMUNOHISTOQUIMICA PARA CONFIRMAR HALLAZGOS **ANALISIS** PACIENTE FEMENINA IDE AÑOS DE EDAD, QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN POP DE LAPAROTOMIA + RESECCION MASA QUISTICA DE OVARIO + SALPINGOOFORECTOMIA IZQUIERDA + LIBERACION DE ADHERENCIAS + BIOPSIA PERITONEAL DEL DIA 24/01/202 AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, RECIBE Y OBEDECE ORDENES, DISNEA I MEDIANOS ESFUERZOS, DIURESIS ADECUADA, CON OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL. HERIDA QUIRURGICA LIMPIA SIN SIGNO DE INFECCIÓN NI ESTIGMAS DE SANGRADO. REPORTE DE CITOLOGIA DE LIQUIDO PERITONEAL CON AUSENCIA DE CÉLULAS TUMORALES, S CONSIDERA CATEGORIA 2 REPORTE INTERNACIONAL DE LIQUIDOS SEROSOS, CUENTA CON REPORTE DE PATLOGIA N° 361- 2025 REPORT DOCTORA RIOS EVIDENCIA NEOPLASIA MUCINOSA, HALLAZGOS MORFOLOGICOS COMPATIBLES CON TUMOR MUCINOSOS BORDERLINE MALIGNIDAD LIMITROFE DE 25 X 23 X14 CM, NO HAY COMPROMISO DE LA CAPSULA, NO PRESENTA SIGNOS DE RUPTURA. TENIENDO CUENTA LO ANTERIOR A LA ESPERA DE INMUNOHISTOQUIMICA, SE ESTADIFICA SEGUN FIGO COMO ESTADIO IA, SEGUN AJCC T1a NO MO ESTADIO CLINICO I PACIENTE SE BENEFICIA DE TRASLADO A PISO PARA CONTINUAR VIGILANCIA CLINICA Y POSTQUIRURGICA, RECOMIENDA DESTETE DE OXIGENO, SE INSISTE EN LA DEAMBULACION POR EL MOMENTO SE CONTINUA MANEJO Y DEPENDIENDE EVOLUCION VALORAREMOS EGRESO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE COMENTA CON HOSPITALARIO I TURNO.** INTERPRETACION EXAMENES**NO HAY NUEVOS PARACLINICOS PARA REPORTAR**CLASIFICACIÓN UCI**No Aplica

09/02/2025 11:41 93411804 - TORRES GARCIA EDWIN ALBERTO MEDICO INTERNISTA E INTENSIVISTA CUIDAD CRITICO

**** OBJETIVO ****SOPORTESVASODILATADOR: NO REQUIEREINOTROPICO/VASOPRESOR: NO REQUIEREHIDROELECTROLITICO: REQUIEREANTIBIOTICO: NO REQUIERESEDOANALGESIA: NO REQUIERENUTRICION: DIETANEUROPROTECCION: NO REQUIEREVENTILAT OR *NO REQUIEREGLUCOMETRIAS: 85 mg/dlDIURESIS 24H: 1.0 ml/Kg/H BALANCE 740 CC(-) ACUMULADO 3877 CC(-)*BUENAS CONDICION GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, RESPIRACION ESPONTANEA, OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL, H ERI QUIRURGICA ABDOMINAL EN BUEN ESTADO, TOLERA NUTRICION POR VIA ORAL, NEUROLOGICO: ALERTA, INTERACTUA CON EL MED EXTERNO, OBEDECE ORDENES SENCILLAS, SIN FOCALIZACION MOTORA. **PLAN DE MANEJO** SE ORDENA TRASLADO A PISOS DE CIRUG ONCOLOGICA**ANALISIS** PACIENTE CON OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL, RECLUTAMIENTO ALVEOLAR CON VENTILACIO MECANICA NO INVASIVA FUE EFECTIVO Y SE ENCUENTRA SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE CONSIDERA SUSCEPTIBLE DE MANE COMPLEMENTARIO EN PISOS DE HOSPITALIZACION.** INTERPRETACION EXAMENES**9/2/2025 SODIO 142 POTASIO 5.24**CLASIFICACIÓ UCI**Intermedia

10/02/2025 10:28 14296839 - ALVAREZ ROJAS DIEGO ENRIQUE CIRUGIA ONCOLOGICA

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL **CAMA:** 503 A

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16

Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO

Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL2025101 15

Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/1989

E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA

Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

**** OBJETIVO ****PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, DIURESIS POSITIVA.CABEZA: NORMOCEFALA CONJUTNIVASHIPOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA SEMISECACUELLO: SIN MASAS NI ADENOPATIAS, NO INGURGIITACION YUGULAR TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS CON RONCUS GENRALIZADOSABDOMEN: DISTENDIDO LEVEMENTE, HERIDA QUIRURGICA CON BORDES AFRONTADOS, SIN SIGNOS DE SANGRADO N SOBREINFECIONMIEMBROS: SIMETRICOS, HIPOTROFICOS, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR 3 SEGUNDOS NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, SIGUE Y OBEDECE ORDENES, NO APARENTE ALTERACIÓMOTORA NI SENSITIVA, NO MENINGISMO PIEL Y FANERAS: SIN ALTERACIONES**PLAN DE MANEJO** CONTINUAR EN HOSPITALIZACIONCONTINUAR MANEJO INSTAURADOSE RECOMIENDA INICIAR DESTETE DE OXIGENOSE RECOMIENDA DEAMBULACIONP/ INMUNOHISTOQUIMICAPRE ALTA **ANALISIS** PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN POP DE LAPAROTOMIA + RESECCION DE MASA QUISTICA DE OVARIO + SALPINGOOFORECTOMIA IZQUIERDA + LIBERACION DE ADHERENCIAS + BIOPSIA PERITONEAL DEL DIA 24/01/2025. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, RECIBE Y OBEDECE ORDENES, DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS, DIURESIS ADECUADA, CON OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL. HERIDA QUIRURGICA LIMPIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN NI ESTIGMAS DE SANGRADO. REPORTE DE CITOLOGIA DE LIQUIDO PERITONEAL CON AUSENCIA DE CÉLULAS TUMORALES, SE CONSIDERA CATEGORIA 2 REPORTE INTERNACIONAL DE LIQUIDOS SEROSOS, CUENTA CON REPORTE DE PATLOGIA N° 361- 2025 REPORTE DOCTORA RIOS EVIDENCIA NEOPLASIA MUCINOSA, HALLAZGOS MORFOLOGICOS COMPATIBLES CON TUMOR MUCINOSOS BORDERLINE DE MALIGNIDAD LIMITROFE DE 25 X 23 X14 CM, NO HAY COMPROMISO DE LA CAPSULA, NO PRESENTA SIGNOS DE RUPTURA. TENIENDO EN CUENTA LO ANTERIOR A LA ESPERA DE INMUNOHISTOQUIMICA, SE ESTADIFICA SEGUN FIGO COMO ESTADIO IA, SEGUN AJCC T1a NO MO G ESTADIO CLINICO I PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, MEJORIA CLINICA, SE INICIA DESTETE DE OXIGENO, SE INSISTE EN LA DEAMBULACION POR EL MOMENTO SE CONTINUA MANEJO Y DEPENDIENDO EVOLUCION VALORAREMOS EGRESO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE COMENTA CON HOSPITALARIO DE TURNO.** INTERPRETACION EXAMENES**NO HAY NUEVOS PARACLINICOS PARA REPORTAR**CLASIFICACIÓN UCI**No Aplica

11/02/2025 12:46 14296839 - ALVAREZ ROJAS DIEGO ENRIQUE CIRUGIA ONCOLOGICA

**** OBJETIVO ****PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, DIURESIS POSITIVA.CABEZA: NORMOCEFALA CONJUTNIVASHIPOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA SEMISECACUELLO: SIN MASAS NI ADENOPATIAS, NO INGURGIITACION YUGULAR TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS CON RONCUS GENRALIZADOSABDOMEN: DISTENDIDO LEVEMENTE, HERIDA QUIRURGICA CON BORDES AFRONTADOS, SIN SIGNOS DE SANGRADO N SOBREINFECIONMIEMBROS: SIMETRICOS, HIPOTROFICOS, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR 3 SEGUNDOS NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA *EN LAS 3 ESFERAS, SIGUE Y OBEDECE ORDENES, NO APARENTE ALTERACIÓMOTORA NI SENSITIVA, NO MENINGISMO PIEL Y FANERAS: SIN* ALTERACIONES**PLAN DE MANEJO** EGRESOP/ INMUNOHISTOQUIMICA **ANALISIS** PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, QUIEN SE ENCUENTRA EN POP DE LAPAROTOMIA + RESECCION DE MASA QUISTICA DE OVARIO + SALPINGOOFORECTOMIA IZQUIERDA + LIBERACION DE ADHERENCIAS + BIOPSIA PERITONEAL DEL DIA 24/01/2025.REPORTE DE CITOLOGIA DE LIQUIDO PERITONEAL CON AUSENCIA DE CÉLULAS TUMORALES, SE CONSIDERA CATEGORIA 2 REPORTE INTERNACIONAL DE LIQUIDOS SEROSOS, CUENTA CON REPORTE DE PATLOGIA N° 361- 2025 REPORTE DOCTORA RIOS EVIDENCIA NEOPLASIA MUCINOSA, HALLAZGOS MORFOLOGICOS COMPATIBLES CON TUMOR MUCINOSO BORDERLINE DE MALIGNIDAD LIMITROFE DE 25 X 23 X14 CM, NO HAY COMPROMISO DE LA CAPSULA, NO PRESENTA SIGNOS DE RUPTURA. SE ESTADIFICA SEGUN FIGO COMO ESTADIO IA, SEGUN AJCC T1a NO MO G1 ESTADIO CLINICO I .ACTUALMENTE PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HERIDA QUIRURGICA LIMPIA SIN ESTIGMAS DE SANGRADO. CON EVOLUCION SATISFACTORIA POR LO QUE SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. DADO A CONTEXTO SOCIAL DE LA PACIENTE SE SOLICITA VALORACION POR TRABAJO SOCIAL. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE COMENTA CON HOSPITALARIO DE TURNO.** INTERPRETACION EXAMENES**NO HAY NUEVOS PARACLINICOS PARA REPORTAR**CLASIFICACIÓN UCI**No Aplica

INTERCONSULTA

Fecha Interconsulta: 25/01/2025 12:08:28 a.m.

SERVICIO 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

ESPECIALIDAD NUTRICION CLINICA

MOTIVO se solcitia valoracion por su especialidad

OBSERVACION

RESPUESTA A INTERCONSULTA

Fecha Respuesta Interconsulta: 28/01/2025 2:23:49 p.m.

RESPUESTA

PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA MODERADA, QUIEN REQUIERE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (CUPS 890606), CON ALIMENTO HIPERPROTÉICO DENSAMENTE CALÓRICO 1.5 KCAL/ML CON HMB (ENSURE CLINICALX 500 ML) Y ALTO CONTENIDO DE VITAMINA D, VÍA ENTERAL QUE PERMITA CUBRIR ELEVADOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES ,COMO PARTE INTEGRAL DEL TRATAMIENTO, PREVENIR COMPLICACIONES QUE AUMENTAN LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD.

TRATAMIENTO

ADMINISTRAR POR SONDA NASOGÁSTRICA ALIMENTO HIPERPROTÉICO DENSAMENTE CALÓRICO 1.5 KCAL/ML (ENSURE CLINICAL) DE ACUERDO A PROTOCOLO DE TOLERANCIA A 10 ML/HORA DURANTE 12 HORAS, MEDIR RESIDUO GÁSTRICO

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16 **CAMA:** 503 A
Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL20251 01
Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/198
E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

SI ES MENOR DE 200 ML INCREMENTAR INFUSIÓN A 20 ML/24 HORAS.
SI RESIDUO GÁSTRICO MENOR DE 400 ML INCREMENTAR A 50 ML/HORA COMO VOLUMEN TOPE DE ADMINISTRACIÓN.

NO SE REALIZA MIPRES DE ACUERDO A RESOLUCIÓN 2366 DE 29 DE DICIEMBRE DE 2023

OBJETIVO

PACIENTE CON INTUBACIÓN OROTRAQUEAL, REQUIERE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR SONDA.
LABORATORIOS: GLICEMIA 160 MG/DL, NITRÓGENO URÉICO 6.12 MG/DL, CREATININA 0.58 MG/DL, HEMOGLOBINA 9.4 G/DL, HEMATOCRITO 28.4 %

SUBJETIVO

PACIENTE FEMENINA CON DIAGNÓSTICOS:
1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.
2. SINDROME DE HIPERTENSION INTRA ABDOMINAL.
3. TUMOR QUISTICO DEPENDIENTE DE OVARIO IZQUIERDO CON TORSION.
4. POP (25/01/2025) LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + RESECCION DE MASA QUISTICA DE OVARIO + SALPINGO-OFORECTOMIA IZQUIERDA + LIBERACION DE ADHERENCIAS + BIOPSIA PERITONEAL.
5. SIFILIS NO TRATADA
6. ATELECTASIA DEREHCA.

ESPECIALISTA 51610785 - CUESTA PADILLA MARTHA LILIA

ESPECIALIDAD NUTRICION CLINICA

Fecha Interconsulta: 25/01/2025 8:55:54 a.m.

SERVICIO 37602 INTERCONSULTA DE SOPORTE NUTRICIONAL ESPECIALIZADO EN PACIENTE HOSPITALIZADO QUE REQUIERA NUTRICION PARENTERAL O SOPORTE ENTERAL ESPECIAL

ESPECIALIDAD NUTRICION CLINICA

MOTIVO PACIENTE DE 35 AÑOS HABITANTE DE CALLE, DESNUTRICION CRONICA, CURSA CON TUMOR QUISTICO DE OVARIO IZQUIERDO CON SIGNOS DE TORSION, POP RESECCION DE LESION TUMORAL, ACTUALMENTE EN UCI BAJO SOPORTE VENTILATORIO, REQUIERE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR SONDA

OBSERVACION

RESPUESTA A INTERCONSULTA

Fecha Respuesta Interconsulta: 28/01/2025 2:27:17 p.m.

RESPUESTA

RESPUESTA INTERCONSULTA DE NUTRICIÓN EN FOLIO 82

TRATAMIENTO

RESPUESTA INTERCONSULTA DE NUTRICIÓN EN FOLIO 82

OBJETIVO

RESPUESTA INTERCONSULTA DE NUTRICIÓN EN FOLIO 82

SUBJETIVO

RESPUESTA INTERCONSULTA DE NUTRICIÓN EN FOLIO 82

ESPECIALISTA 51610785 - CUESTA PADILLA MARTHA LILIA

ESPECIALIDAD NUTRICION CLINICA

Fecha Interconsulta: 27/01/2025 10:40:40 a.m.

SERVICIO 890454 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA ADULTO

ESPECIALIDAD INFECTOLOGIA ADULTO

MOTIVO PACIENTE CO REPORTE DE VDRL Y FTA-ABS POSITIVOS SE SOLICITA VALORACION POR SU ESPECIALIDAD

OBSERVACION

RESPUESTA A INTERCONSULTA

Fecha Respuesta Interconsulta: 28/01/2025 3:34:00 p.m.

RESPUESTA

-

TRATAMIENTO

Se sugiere:

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL **CAMA:** 503 A

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16
Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL20251015
Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/1989
E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

-Penicilina benzatínica 2.4 mill de unidades semanales para completar 3 dosis
-Quedamos atentos a nuevas interconsultas

OBJETIVO

Paciente habitante de calle, quien ingresa en falla ventilatoria y se demuestra Tumor quístico dependiente de ovario izquierdo con torsión de 180 grados que requirió resección quirúrgica, adicionalmente se descarto VHB, VHC, VIH pero VDRL fue positiva con prueba treponémica positiva, se conceptúa sífilis latente indeterminada que requiere tres dosis de penicilina benzatínica IM.

SUBJETIVO

Enfermedades Infecciosas

Mujer, 35 años aproximadamente.

Antecedentes: Habitante de calle, consumo de sustancias psicoactivas

EA:
-Consulta inicialmente a hospital san francisco por cuadro de dolor y distensión abdominal asociado a dificultad respiratoria con inminencia de falla ventilatoria por lo que se traslada en código primario a esta institución
-El 23-01-2025 ingresa al HFLLA, en falla ventilatoria y realizan IOT
-Realizaron barrido ecográfico con evidencia de líquido libre en cavidad
-El 24-01-25 realiza laparotomía con evidencia de tumor quístico de ovario torcido que resecan
-TAC demostro péqueña consolidacion que trataron con ampicilina sulbactam
-Por antecedentes solicita VDRL positivo en 64 dil con prueba treponemica positiva, hasta ahora las otras ITS han sido negativas.
-Solicitan IC.

Antimicrobianos
-25-01-2025: ampicilina sulbactam

-27-01-2025: penicilina benzatinica 2.4 mill IM, dosis unica

Microbiológicos:
-27-01-2025: prueba treponémica positiva
-26-01-2025:Esputo: PCR Mtb no detectado, ZN sin BAAR, cultivo gérmenes comunes neg.
-24-01-2025: Líquido peritoneal: Negativo a las 72 horas.
-23-01-2025:Serología positiva 64 dils, antigeno superficie para hepatitis b, anticuerpos para hepatitis c y vih negativos,

Paraclínicos:
-28-12-2025: leucos 9.06, hb 9.5, plt 428000, cr 0.58, bun 6.12
-23-01-2025:leucos 17, hb 13.9, plt 617000

Imágenes:
24-01-2025: TAC de torax: Pequeña consolidación en lóbulo superior izquierdo

Procedimientos:
-24-01-25: Tumor quistico dependiente de ovario izquierdo con torsión de 180 grados sobre su eje con compresión de todas las estructuras intraabdominales algunas asas delgadas con coloración violacea la cual perfunde adecuadamente posterior a la extracción de la misma, sindrome adherencial zhulke iii con adherencias viscero parietales en la cavidad, anexo derecho sin alteraciones peritoneo parietal o superficie hepática sin lesiones adicionales líquido serohemático en cavidad. Extraccion de gran masa la cual se envia a patologia revision exhaustiva de la hemostasia y liberacion de adherencias del epiplon a la pared con enseal se realiza toma de biopsia residual de peritoneo

Malas condiciones generales, con IOT, sonda orogástrica, abdomen distendido.

ESPECIALISTA 1110484340 - DIAZ SANABRIA RICARDO AUGUSTO

ESPECIALIDAD INFECTOLOGIA ADULTO

CONDICIONES SALIDA:

INDICACION PACIENTE:

CAUSA DE MUERTE:

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL **CAMA:** 503 A

Fecha de Documento: 11/02/25 14:52:16 **Fecha Ingreso:** 23/01/25 18:06:34 **Fecha egreso:** 11/02/25 14:52:16
Ingreso: 738920 **Confirmado** **Estado Paciente:** VIVO
Informacion Paciente: KAREN DAYANA TOBON URIBE **Tipo de Documento:** Adulto_Sin_Identificación **Numero:** COL2025101
Tipo de paciente: Vinculado **Sexo:** Femenino **Edad:** 35 Años / 11 Meses / 21 Días **F. Nacimiento:** 18/09/198
E.P.S: ENT100 - GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servcio de Egreso:** Ninguna

Nº229436

DIAGNOSTICOS DE INGRESO/RELACIONADOS

A498	OTRAS INFECCIONES BACTERIANAS DE SITIO NO ESPECIFICADO
D391	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA
J159	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE
J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
J969	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA
K590	CONSTIPACION
N832	OTROS QUISTES OVARICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS
R100	ABDOMEN AGUDO
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
R18X	ASCITIS

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

D391	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO

Valentina Arboleda C.
VALIDADO HELLA

C.C. 1005813542 - VALENTINA ARBOLEDA CARDENAS
R.M. 1005813542 - MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

C.C. 14296839 - DIEGO ENRIQUE ALVAREZ ROJAS
R.M. 14296839 - CIRUGIA ONCOLOGICA

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 15 DE SEPTIEMBRE DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 14 DE SEPTIEMBRE DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: JOHAN CAMILO QUINTERO

IDENTIFICACIÓN: 1110556808

DIRECCIÓN: CALLE 41 CON 7 INERIOR 776 BARRIO RESTREPO

TELÉFONO: 3227503920

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: NIETO

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: FLOR ANGELA FIERRO DE LAGUNA

IDENTIFICACIÓN: 28536229

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 28.536.229
FIERRO De LAGUNA
FLOR ANGELA
COL
1.59
F
03 DIC 1947
O+
PIEDRAS (TOLIMA)
18 FEB 1969 IBAGUE
14 MAYO 2034


.00
046369682
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL046369682429001<<<<<<
4712037F3405145COL2853622
FIERRO<DE<LAGUNA<<FLOR<AN

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25091820225168

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-09-14	10:18:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	28536229

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
FIERRO	DE LAGUNA	FLOR	ANGELA

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1110592790

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RAMIREZ	GUZMAN	JOEL	SANTIAGO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1110592790

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-09-14	Santiago Ramirez.

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-09-14 10:52

Código verificación: A6F3-44FC-18A1-E6BE

Barrio Restrepo
calle 41 con 7 interior 77

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238395

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría | Notaría: 03 | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código: 7 5 60

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos: FIERRO DE LAGUNA FLOR ANGELA

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
C.C. 28536229 de Ibague	Femenino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2025 Mes SEP Día 14	10:18	25091820225168

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia: X.X.X.X.X.X.X.X

Fecha de la sentencia: Año XXXX Mes XXX Día X

Documento presentado				Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial		Certificado Médico	X	JOEL SANTIAGO RAMIREZ GUZMAN

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93394476 de IBAGUE	Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes SEP Día 16	[illegible]

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.110.556.808
Apellidos
QUINTERO SERNA
Nombres
JOHAN CAMILO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.85
Sexo
M
Fecha de nacimiento
03 FEB 1995
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)
Fecha y lugar de expedicion
07 MAR 2013. IBAGUE
Fecha de expiracion
08 NOV 2032
Firma
Johan Quintero


0082907662
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL0082907662290O1<<<<<<<<<<
9502035M3211083COL1110556808<7
QUINTERO<SERNA<<JOHAN<CAMILO<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 15/09/2025

Ficha: 73001067565200000176

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: FLOR ANGELA

Apellidos: FIERRO LAGUNA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28536229

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/10/2019

Última actualización ciudadano: 22/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	28536229
NOMBRES	FLOR ANGELA
APELLIDOS	FIERRO DE LAGUNA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/15/2025 14:24:43	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

NOTIFICACION

El HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA de Ibague (Tolima), notifica al Servicio Funerario que :

...entificado con ... 28536229

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
890706833

EPICRISIS

CAMA: OT43

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Documento: Fecha Ingreso: 13/09/25 20:10:16 Fecha egreso:
Ingreso: 799234 Confirmado Estado Paciente: VIVO
Informacion Paciente: FLOR ANGELA FIERRO DE LAGUNA Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Numero: 28536229
Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Femenino Edad: 77 Años / 9 Meses / 12 Días F. Nacimiento: 03/12/1947
E.P.S: RSU133 - NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
Servicio de Ingreso: Urgencias Servcio de Egreso:
Nº249577

ESTADO DEL INGRESO:

ESTADO GENERAL INGRESO A URGENCIAS
MAL ESTADEO GENERLA ALERTA DESORIENTADA, CONDIFICULTAD RESPIRATORIA

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA INGRESO A URGENCIAS
CODIGO PRIMARIO HOSPITAL SAN FRANCISCO
13/09/2025 8:28:36 p.m.

ENFERMEDAD ACTUAL:

ENFERMEDAD ACTUAL INGRESO A URGENCIAS
PACIENTE TTASLADA EN CODIGO EMERGENTE DE HOSPITAL SAN FRANCISCO EN COMPÑAIA DE MEDICO GENRAL JUAN CAMILO BELTRAN QUEIN REFIERE PACEINTE CON ANTECEDENTE DE DEMENCIA VASCULAR CON BARTHEL MENORA 30 QUIEN PRESENTA CUADRO DE UN DIA DE EVOLUCION DE SENSACIOND E DISNEA QU FUE PROGRESIVA, ACUDIO A HOY AL HOSPITAL SAN FRANCISCO DONDE REALIZAN ESTUDIOS PARACLINICSO DONDE SE ECONTROL RTOPONIA DE 15 CORTE DE 0.5 VALOR NORMAL POSTERIORMENTE TOMAN EKG QUE EVIDENCAI INFARTO CON ELEVACION DEL ST, DAN CARGA ANTIAGREGANTE CON 300 DE ADA 350 DE CLOPIDOGGREL 80 D ATORVASTATINA , DAM SOPROTE VENTILATORI CON MNR Y TRASLADAN A ESTA INSTITUCION

REVISION POR SISTEMAS

REVISION POR SISTEMAS INGRESO A URGENCIAS
DISNEA

ANTECEDENTES:

Tipo:Farmacológicos Fecha. 25/03/2021 02:32 p.m.
Detalle: ENALAPRIL 20 MG MID
Tipo:Médicos Fecha: 28/01/2021 09:05 a.m.
Detalle: HTA

EXAMEN FISICO:

GLASGOW15**MIEMBROS** MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MAYORA 2 SEGUNDOS CON HIPOPERFUSION DISTALFC89FR18TEMP36,5**SO2**0**Estado de Conciencia**Alerta**CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS** MUCOS AORLA SEA CONJUTNIVAS HIPOCRONMICAS ESCLERS ANICTERICAS**TORAX Y CARDIO – PULMONAR** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS RUIDS REPSIRATORISO AUEMTADOS EN FRECUENCIAS SIN AGREGADOS AUSCULTARORIOS**ABDOMEN** BLANDO NO HAY DOLOR A LA PALPACION NO IRRITACIOON PERITONEAL NO MASAS**GENITO – URINARIO** NO SE EXPLORA**MUSCULO – ESQUELETICO** HIPOTROFIA GENERALIZADA**NEUROLÓGICO** ALERTA, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIADES ,DESORIENTADA EN ALS 3 ESFERAS NO FOCALIZACION**PIEL Y FANERAS** SIN ALTERACIOIN**CUELLO** MOVIL NO CON INGURGITACION YUGUALR GRADO ITAS105TAD79

INDICACIONES MEDICAS / CONDUCTA

ANALISIS DEL INGRESO A URGENCIAS
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DEMENCAI VASCULAR BASTHEL DE MENOR A 30 CON CUADRO CLINCI DE 1 DIAS DEDISNEA PROGRESIVA ACUDIO HOY HOSPITAL SAN FRANCISCO DOENDE REALIZAN EKG QEU EVIDENCIA IAM CON ELEVACION DEL ST DE CARA INFERIOR YTROPONIA MUY ELEVADA DAN CARGA ANTIAGREGANTE SOPORTE VENTILATORI CON MNR Y TRASLADANA ESTA INSTITUCION EN CODIGO EMERGENTA, EN EL MOENTO EN MUY AML ESTADEO GENAL CON MARCAD DIFICULTAD RESPIRTORIA HIPOXEMICA APESAR DE MNR CON FIO2 DE 90% EKG INSTITUCIONAL CON IAM CON ELEVACION DEL ST EN CARA INFERIOR, GASES ARTERIALES CON ACIDEMIA MIXTA CON TRASNTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION CON HIPERLACTATEMIA, PACIENTE DE EDAD AVANZADA CON DEMENCIA VACULAR AVANZADA CON BARTHEL MENOR A 30 SE COMNTA CON DR ASENCIO HEMODINAMISTA QUEIN CONSIDERA DAOD INESTABILIDAD Y POBRE PRONOSTICOD ELA PACEINTE NO ES CANDIDAT PARA REALIZACIONDE INTERVENCION POR HEMIDINAMIA, SE HABLA CON FAMILARI QUEIN DECIDE NO QUIERE REALIZAR MANIOBRAS DE REANIMAIACION AVANZADA (INTUBACION- TRASLADO A UCI) SE REALIZA DSNETIMIENTO, SE DAN MEDIDAS DE CONFORT FAMIALIR ACIEN ENTIENDE Y ACEPTA
PLAN TERAPEUTICO Y DEL INGRESO A URGENCIAS
OBSERVACION GENRAL
MNR CON FIO2 A 90%
LACTATO REINGER 60 CC HORA
MORIFNA 3 MG CADA 4 HORAS

SS/ CH + AZOADOS +ELECTROLITOS + TROPONIAN + EKG YA TOAMDO + GASES
SS/ ALORACI POR MEDICINA INTENRNA

JUSTIFICACION:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS

RESULTADO DE EXAMEN:

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

Scanned with CamScanner

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
890706833

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL — CAMA: OT43

Fecha de Documento: — Fecha Ingreso: 13/09/25 20:10:18 — Fecha egreso:
Ingreso: 799234 Confirmado — Estado Paciente: VIVO
Informacion Paciente: FLOR ANGELA FIERRO DE LAGUNA — Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía — Numero: 28536229
Tipo de paciente: Subsidiado — Sexo: Femenino — Edad: 77 Años / 9 Meses / 12 Días — F. Nacimiento: 03/12/1947
E.P.S: RSU133 - NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
Servicio de Ingreso: Urgencias — Servcio de Egreso:

Nº249577

EVOLUCIONES

FECHA	MEDICO

DESCRIPCIÓN

14/09/2025 10:39 — 1233900468 - VARGAS VERU JULIAN ANDRES — MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

CLASIFICACION UCI No Aplica**EVOLUCION ADICIONAL** EVOLUCION ADICIONAL PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS, CONOCIDA POR NUESTRO SERVICIO, CON DIAGNÓSTICOS DE:1.INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO 2. DEMENCIA VASCULARPACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR, EN MANEJO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, BARTHEL MENOR DE 30, POSTRADA EN CAMA, QUIEN NO SE BENEFICIA DE ESCALONAMIENTO TERAPEUTICO, NI REALIZACION DE MANIOBRAS AVANZADAS DE REANIMACIÓN.CON MAYOR DETERIORO FUNCIONAL Y CLINICO, CON DISNEA MARCADA, EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, ESTUPOROSA, CON MAL PATRON RESPIRATORIO DADO POR EPISODIOS DE APNEAS Y USO DE MUSCULOS ACCESORIOS DE LA RESPIRACION, DESATURADA, REQUIRIENDO OXIGENO POR MASCARA DE NO REINHALACION, AUSCULTACION CON HIPOVENTILACION EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, TENDIENTE A LA HIPOTENSION. SE CONSIDERA PACIENTE EN MALAS CONDICIONES, CON POBRE PRONOSTICO A CORTO Y LARGO PLAZO, SIN BENEFICIO DE ESCALONAMIENTO DEL MANEJO, CON ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIO Y FALLECIMIENTO, CON FAMILIA QUIEN DISIENTE DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN. 10.18 AM DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2025 SE ATIENDE LLAMADO FAMILIAR QUIENES REFIEREN PACIENTE SE ENCUENTRA INCONCIENTE, NO RESPONDE AL LLAMADO NI AL ESTIMULO DOLOROSO, SE PROCEDE A VERIFICAR SIGNOS VITALES, ENCONTRANDOSE EN PARADA CARDIACA (ASISTOLIA FRANCA, TENSION ARTERIAL NEGATIVA, APNEA SOSTENIDA, SAO2 NO DETECTADA), CON AUSENCIA DE PULSOS PERIFERICOS, NO SE AUSCULTAN RUIDOS CARDIACOS NI RESPIRATORIOS, AL EXAMEN NEUROLOGICO SE ENCUENTRAN PUPILAS PLENAS MIDRIATICAS NO REACTIVAS A LA LUZ, REFLEJO CORNEANO NEGATIVO, AUSENCIA DE REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS, REFLEJOS DEL TALLO NEGATIVOS. SE CONSIDERA PACIENTE CON CRITERIOS DE MUERTE, SE DECLARA DEFUNCION SIENDO LAS 10+18H, SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCION, QUE SE ENTREGA A FAMILIAR QUIEN DICE ENTENDER Y ACEPTAR, SE INDICA TRASLADO A LA MORGUE. TIPO DE MUERTE NATURAL.

CONDICIONES SALIDA:

INDICACION PACIENTE:

CAUSA DE MUERTE:

DIAGNOSTICOS DE INGRESO/RELACIONADOS

F019 DEMENCIA VASCULAR, NO ESPECIFICADA
I219 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
I219 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION

C.C. 1233900468 - JULIAN ANDRES VARGAS VERU
R.M. 1233900468 - MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

C.C. 1233900468 - JULIAN ANDRES VARGAS VERU
R.M. 1233900468 - MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

Scanned with CamScanner

NOTIFICACION

El HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA de Ibague (Tolima), notifica al Servicio Funerario que :

fallecio el Sr (a), identificado con numero: CédulaCiudadanía 28536229

con diagnostico CIE10: I219 I (Causa Base)

Certificacion de defuncion No: 2509182022516 8

Marcapaso: NO

Esta notificacion se realiza cumpliendo con los lineamientos del MPS "Orientaciones para el manejo y disposicion de cadaveres por covid 19 y el instructivo para la vigilancia en salud publica infecciones de infeccion respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (covid 19) del instituto nacional de salud

Profesional:
Cédula de ciudadanía - 1233900468 - JULIAN ANDRES VARGAS VERU
Registro Medico: 1233900468
Especialidad: MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

Fecha de Impresión: domingo, 14 septiembre 202

Usuario: 1233900468

IMPRIMIDO A: HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE NIT 890706833-9

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
890706833

Fecha Actual : domingo, 14 septiembre 2025
página 1/1

ORDEN DE SALIDA
127842

Paciente	28536229	FLOR ANGELA FIERRO DE LAGUNA	**Edad**	77 Años / 9 Meses / 12 Días
Documento	28536229	**Ingreso** 799234	**Sexo**	Femenino
Médico	1117524754	BRIAN ALEXANDER PINZON GUZMAN	**Cama**	OT43
Area	B02	FRANCIA - URGENCIAS OBSERVACIÓN	**Fec Salida**	14 sept. 2025 11:25 a. m.
Fec Solicitud	14 sept. 2025 11:25 a. m.		**Fec Egreso**	14 sept. 2025 11:28 a. m.

Firma y Código del Solicitante

VoBo Facturación o Caja

VoBo Admisiones

Nombre reporte : FCRPOrdenSalida

Usuario Id. :38364385

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

Gmail **Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>**

Fwd: Solicitud auxilio funerario

Despacho desarrollo desarrollo social <desarrollosocial@ibague.gov.co> 15 de septiembre de 2025, 3:16 p.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

Claudia Andrea Aristizábal
Despacho de Desarrollo Social Comunitario
Alcaldía de Ibagué

---------- Forwarded message ---------
De: **Johan Quintero** <jqcamilo9503@gmail.com>
Date: lun, 15 sept 2025 a las 15:11
Subject: Solicitud auxilio funerario
To: desarrollosocial@ibague.gov.co <desarrollosocial@ibague.gov.co>, alcaldesa@ibague.gov.co <alcaldesa@ibague.gov.co>

Respetada Alcaldesa:

Yo, Johan Camilo Quintero Serna, identificado con cédula de ciudadanía No. 1110556808, residente en el barrio Restrepo de esta ciudad, de manera respetuosa me permito solicitar ante ustedes el auxilio funerario por el fallecimiento de mi abuela FLOR ANGELA FIERRO Q.E.P.D., quien fue mi cuidadora desde que tenía ocho (8) meses de edad, a raíz del fallecimiento de mi progenitora.
Actualmente no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir los gastos funerarios, por lo que recurro a su despacho con el fin de obtener el apoyo institucional que me permita darle una despedida digna a quien representó para mí una figura materna durante toda mi vida.
Para dar soporte a mi solicitud, me permito anexar la siguiente documentación:

- Fotocopia de cédula de ciudadanía.
- Historia clínica.
- Certificación de defunción de mi abuela.

Agradezco su atención y pronta respuesta a la presente solicitud. Quedo atento a cualquier información adicional que se requiera.

Cordialmente,

JOHAN CAMILO QUINTERO SERNA
C.C. 1110556808
Dirección: Barrio Restrepo – calle 41 con 7° int. 7-76
Teléfono: 3227503920
Correo electrónico: jqcamilo9503@gmail.com

4 archivos adjuntos

certificado de defunción .pdf
875K

Solicitud de Auxilio Funerario.pdf
68K

cédula flor.pdf
1060K

HC - FLOR.pdf
1515K

Alcaldía de IBAGUÉ

musical ibagué capital

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 18 DE SEPTIEMBRE DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 18 DE SEPTIEMBRE DE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: LUISA FERNANDA LIBERATO

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: HOSPITAL SAN FRANCISCO

TELÉFONO: 3042092595

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: TRABAJADORA SOCIAL

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: RAUL PARRA TRIANA

IDENTIFICACIÓN: 14234469

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

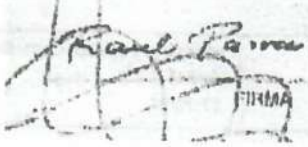
NUMERO **14.234.469**

PARRA TRIANA

APELLIDOS

RAUL

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUN-1957**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-ABR-1979 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00135350-M-0014234469-20081209 0007804414A 1 8380000321

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25096620229375

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN			
País: COLOMBIA	Departamento: TOLIMA	Municipio: IBAGUÉ	
ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN Área: Cabecera Municipal		Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)	
TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día: 2025-09-18	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos: 17:40:00	
SEXO DEL FALLECIDO: Masculino	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento: Cédula de ciudadanía	Número de documento: 14234469	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido: PARRA	Segundo apellido: TRIANA	Primer nombre: RAUL	Segundo nombre:
PROBABLE MANERA DE MUERTE: Natural	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores	¿A cuál pueblo indígena pertenece?	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR			
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía		Número de documento: 1110582724	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido: SANCHEZ	Segundo apellido: GUERRERO	Primer nombre: LAURA	Segundo nombre: ALEJANDRA
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico		REGISTRO PROFESIONAL: S.S.O	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento: TOLIMA		Municipio: IBAGUÉ	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día: 2025-09-18		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238398

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría | Notaría | 03 Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código 7 5 40

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

PARRA TRIANA RAUL

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
C.C. 14234469 de IBAGUE	Masculino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2025 Mes SEP Día 18	17:40	25096620229375

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
X.X.X.X.X.X.X	Año X X X X Mes X X X Día X X

Documento presentado		Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial [ ]	Certificado Médico [X]	LAURA ALEJANDRA SANCHEZ GUERRERO

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93394476 de IBAGUE	Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes SEP Día 19	BLADIMIRO MOLINA VERGEL

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 18/09/2025

Ficha: 73001111568900001048

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RAUL

Apellidos: PARRA TRIANA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 14234469

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2025

Última actualización ciudadano: 15/07/2025

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: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	14234469
NOMBRES	RAUL
APELLIDOS	PARRA TRIANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/18/2025 18:52:21	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

HISTORIA CLÍNICA
EVOLUCION MEDICA

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 14234469 **Fecha de Folio:** 18/09/2025 18:30 **Nº FOLIO:** 71 **Folio Asociado:** 67
Nombre Paciente: RAUL PARRA TRIANA **Identificación:** 14234469 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 09/junio/1957 **Edad Actual:** 68 Años / 3 Meses / 9 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CALLE 19 4 SUR-22 **Teléfono:** 573153048248
Procedencia: IBAGUE **Ocupación:** PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 2 SUBSIDIADO

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 3426827 **FECHA DE INGRESO:** 8/09/2025 7:10:01 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Tratamiento **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 003 - UNIDAD INTERMEDIA SUR **ÁREA DE SERVICIO:** 263 - HOSPITALIZACION GENERAL UI SUR

EVOLUCION MEDICA

S U B J E T I V O:

** EVOLUCION MEDICINA GENERAL - TURNO DIA **

PACIENTE MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE :

1. TUBERCULOSIS ACTIVA SIN TRATAMINETO
2. INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA
3. TRANSTORNO DE ADPATACION
4. INFECCION POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
5. BICITOPENIA
6. SINDROME CONSTITUCIONAL
7. ORDEN DE NO REANIMACION

S/ SE RECIBE LLAMADO DE ENFERMERIA QUIENES REFIEREN PACIENTE INICA OCN DIFICUTLAD RESPIRATORIA, AUMENTA TAQUIPENA, SE EVIDNECIA FRANCA DIFICULTAD SINEMABRGO CON OXIMETRIAS EN METAS, MARCADA HIPOTENSION, SE INDCA NO INICO DE MEDICAS INVASIVAS POR DIANGOSTICO Y PRONOSTICO DE PACIENTE, PACIENTE QUEIN A LAS 17+40 PM SE EVIDENCIA AUSENCIA DE SIGNOS VITALES, SE DECLARA FALLECEIMIENTO DE PACIENTE. SE LLAMA A FAMILARES Y SE LES INFORMA QUIENE SREFIERE ACUDIRAN A LA USI.

SIGNOS VITALES:

Tesión Arterial: 1 / 1 **Media:** 1 mmHg **SO2:** 1,0 %
Frecuencia Cardiaca: 1,0 min **Frecuencia Respiratoria:** 1,0 min **Temperatura:** 30,0 °C

O B J E T I V O:

LICENCIADO A: [UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE] NIT [809003590-2]

U.S.I.
Unidad de Salud de Ibague. E.S.E.

HISTORIA CLÍNICA
EVOLUCION MEDICA

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 14234469 **Fecha de Folio:** 18/09/2025 18:30 **Nº FOLIO:** 71 **Folio Asociado: 67**
Nombre Paciente: RAUL PARRA TRIANA **Identificación:** 14234469 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 09/junio/1957 **Edad Actual:** 68 Años / 3 Meses / 9 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CALLE 19 4 SUR-22 **Teléfono:** 573153048248
Procedencia: IBAGUE **Ocupación:** PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 2 SUBSIDIADO

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 3426827 **FECHA DE INGRESO:** 8/09/2025 7:10:01 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Tratamiento **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 003 - UNIDAD INTERMEDIA SUR **ÁREA DE SERVICIO:** 263 - HOSPITALIZACION GENERAL UI SUR

MAL ESTADO GENERAL, CAQUECTICO
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, PUPILAS PLENAS NO REACTIVAS, MUCOSA ORAL SECA , FARINGE Y AMIGDALAS NORMALES, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS PALPABLES, NO PULSO CAROTIDEO
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS AUSENTES, MURMULLO VESICULAR AUSENTE, TORAX SIN MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS
ABDOMEN: BLANDO, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS, RSIS AUSENTES
EXTREMIDADES: EUTROFICAS, MOVILES, SIN EDEMAS, SIN LLENADO CAPILAR, PULSOS AUSENTES, PRESENCIA DE HERIDAD TIPO ULCERA ANIVEL DE RODILLAS BIALTERAL EN REGION MEDIAL, SIN S ANGRADO CON COSTRA.
NEUROLOGICO: COMATOSO
PIEL Y FANERAS: PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA CON FRIALDAD, LIVIDECES EN TODO EL CUERPO PRINCIPALMENTE DISTANTE

09-09-2025
UROANALISIS NO SUGESTIVO DE INFECCION
GRAM NEGATIVO
GLUCOSA 63
CREATININA 1.01 BUN 57
HEMOGRAMA: LEUCOS 6.190 NEU 74% HTO 44 HB 14.6 PLAQ 54.000 MANUAL 66.000
VIH REACTIVO
VDRL NEGATIVO

10-09-2025
CREATININA 0.76 BUN 35
NA 143 K 3.9
HIV REACTIVO
HEMOGRAMA: LEUCOS 4.180 NEU 74% HTO 45.5 HB 14.6 PLAQ 52.000 MANUAL 67.500

11-09-2025
CREATININA 0.88 BUN 35
NA 144 K 4.3
HEMOGRAMA: LEUCOS 3.660 NEU 80% HTO 46 HB 14.9 PLAQ 60.000

15-09-2025
HEMOGRAMA: LEUCOS 4.700 NEU 69% HTO 43 HB 14.1 PLAQ 58.000 MANUAL 62.000
CREATININA 0.99 BUN 43

ANALISIS Y MANEJO:

PACIENTE CON PATOLOGÍA DE BASE GRAVE (TBC ACTIVA + VIH), INMUNOCOMPROMETIDO Y CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS E INFECCIOSAS. SE RECIBE LLAMADO DE ENFERMERIA AL REDEDOR DE LAS 17+30 PM DADO POR AUMENTO DE TRABAJO RESPIRAOTRIO, HIPOTENSION MARCADA Y DOLOR EN REGION ABDOMINAL, AL LLEGAR A CUARTO DE PACIENTE SE EVIDENCIA MARCADA DIFICUTLAD REPSIRAOTIRA CON POSTERIORI CESE DE SINGOS VITALES, AUSENCIA D EPULSO CENTRLA Y DISTAL. SE CONSIDERA PACIENTE FALLECIO A LAS 17+40 PM SECUNDARIO A INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EL CONTEXTO DE SUS ANTECEDENTES INFECCIOSOS CRÓNICOS E INMUNOSUPRESIÓN QUIEN PREVIMAENTE EXPRESO EN COMPAÑIA DE SUS FAMILIARES NO DESEO DE MANIOBRAS AVANZADAS. SE INDICA TRASLADO A MORGUE, SE LLAMO A FAMILAIR DE PACIENTE QUEIN REFIERE ACUDIRA A ESTA INSTITUCION. SE LLENA CERTIFICADO DE DEFUNCION NUMERO: 25096620229375.

LICENCIADO A: [UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE] NIT [809003590-2]

U.S.I.
Unidad de Salud de Ibague E.S.E.

HISTORIA CLÍNICA
EVOLUCION MEDICA

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 14234469 **Fecha de Folio:** 18/09/2025 18:30 **Nº FOLIO:** 71 **Folio Asociado: 67**
Nombre Paciente: RAUL PARRA TRIANA **Identificación:** 14234469 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 09/junio/1957 **Edad Actual:** 68 Años / 3 Meses / 9 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CALLE 19 4 SUR-22 **Teléfono:** 573153048248
Procedencia: IBAGUE **Ocupación:** PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 2 SUBSIDIADO

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 3426827 **FECHA DE INGRESO:** 8/09/2025 7:10:01 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Tratamiento **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 003 - UNIDAD INTERMEDIA SUR **ÁREA DE SERVICIO:** 263 - HOSPITALIZACION GENERAL UI SUR

GLUCOMETRIA
.

SATURACION DE OXIGENO
.

DIETA
.

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE
Médicos	15/08/2023 10:34:33 p. m.	NIEGA
Médicos	9/09/2025 11:17:01 p. m.	TBC

IMPRESION DIAGNOSTICA

CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
A159	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	☑
I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	☐
F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION	☐
R98X	MUERTE SIN ASISTENCIA	☐

PLAN DE MANEJO

CANTIDAD	PRODUCTO	OBSERVACIONES
1	CLORURO DE SODIO 0.9% (SSN) BOLSA 500/ML SOLUCION INYECTABLE	.DILS
3	DIPIRONA 1 GR/2 ML SOLUCION INYECTABLE	- DIPIRONA 1gr IV CADA 8 HORAS SI HAY FIEBRE O DOLOR UNICAMENTE
2	FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA	- FUROSEMIDA 10mg IV CADA 12 HORAS
1	OMEPRAZOL 40 MG POLVO ESTERIL INYECTABLE VIAL	- OMEPRAZOL 40mg IV DIA
10	JERINGA DESECHABLE DE 10 CM	.

LICENCIADO A: [UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE] NIT [809003590-2]

U.S.I.
Unidad de Salud de Ibagué. E.S.E.

HISTORIA CLÍNICA
EVOLUCION MEDICA

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 14234469 **Fecha de Folio:** 18/09/2025 18:30 **Nº FOLIO:** 71 **Folio Asociado: 67**
Nombre Paciente: RAUL PARRA TRIANA **Identificación:** 14234469 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 09/junio/1957 **Edad Actual:** 68 Años / 3 Meses / 9 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CALLE 19 4 SUR-22 **Teléfono:** 573153048248
Procedencia: IBAGUE **Ocupación:** PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 2 SUBSIDIADO

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 3426827 **FECHA DE INGRESO:** 8/09/2025 7:10:01 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Tratamiento **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
RESPONSABLE: **DIRECCION:** **TELEFONO:**
CENTRO DE ATENCIÓN: 003 - UNIDAD INTERMEDIA SUR **ÁREA DE SERVICIO:** 263 - HOSPITALIZACION GENERAL UI SUR

1 TRATAMIENTO RHZE SUMINISTRAR TRES TABLETAS AL DIA ------ VERIFICAR FECHA DE ADMISNITRACION PARA INCIAR CONTEO DE TRATAMIETNO
PIRIDOXINA TABLETA DE 50mg ADMINISTRAR VIA ORAL 1 VEZ AL DIA CUANDO SE INICIE TRATAMEITNPO FARMACOLOGICO CON MANEJO RHZE

TRATAMIENTO RHZE SUMINISTRAR TRES TABLETAS AL DIA ------ VERIFICAR FECHA DE ADMISNITRACION PARA INCIAR CONTEO DE TRATAMIETNO
PIRIDOXINA TABLETA DE 50mg ADMINISTRAR VIA ORAL 1 VEZ AL DIA CUANDO SE INICIE TRATAMEITNPO FARMACOLOGICO CON MANEJO RHZE

EXAMENES SOLICITADOS

CANTIDAD	EXAMEN

Alejandra Sanchez G
Medicina General
Servicio Social obligatorio

Profesional: SANCHEZ GUERRERO LAURA ALEJANDRA
Cédula: 1110582724
Tipo Medico: Medico_General

Usuario: 1104706658
Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE] NIT [809003590-2]

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 21 DE SEPTIEMBRE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: MARIA ELVIA ZUÑIGA BARCO

IDENTIFICACIÓN: 1110563126

DIRECCIÓN: MANZANA B CASA 5 B/ SANTA CATALINA 2

TELÉFONO: 3124381948

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: HERMANA

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: PEDRO NEL ZUÑIGA BARCO

IDENTIFICACIÓN: 1110462580

PROGRAMA: HOMBRE

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.462.580
ZUÑIGA BARCO

APELLIDOS

PEDRO NEL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1987

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

18-AGO-2005 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2900100-00448730-M-1110462580-20130715 0033961556A 1 6362398948

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25092920232936

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

Area	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCION	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION (Año - Mes - Dia)	HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-09-21	14:45:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACION DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	1110462580

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ZUÑIGA	BARCO	PEDRO	NEL

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cual pueblo indígena pertenece?
No natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	87454294

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DIAZ	QUINTERO	BRAN	ALFONSO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	87454294

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
TOLIMA	IBAGUÉ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Dia)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION
2025-09-22	

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresion: 2025-09-22 18:25

900215007926651

Codigo verificación: 2097-20D2-D602-F50C

La Aurora
Funerales y Capillas

LA AURORA TOLIMA S.A.S.
NIT: 900.135.782-6

Ibagué 23 de SEPTIEMBRE del 2025

Señores
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL IBAGUE

Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de relacionar el certificado de defunción por muerte **NO NATURAL** con su respectiva copia del documento de identidad para trámites pertinentes del registro de defunción

(+) PEDRO NEL ZUÑIGA BARCO	**FECHA DE DEFUNCION: 2025-09-21**	**CC 1110462580**	**CMD 25092920232936**

Gracias por su colaboración

REGISTRADURÍA ESPECIAL DE IBAGUÉ
24 SEP 2025
RECIBI

DIEGO GONZALEZ
Auxiliar De Servicios
La Aurora Tolima S.A.S

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.110.563.126



ZUÑIGA BARCO

MARIA ELVIA

COL 1.59 F

22 SEPT 1995 O+

IBAGUE (TOLIMA)

24 SEPT 2013 IBAGUE

08 JUL 2034

050007235

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL050007235029001<<<<<<<<<<<
9509229F3407080COL1110563126<0
ZUNIGA<BARCO<<MARIA<ELVIA<<<<<

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1110462580
NOMBRES	PEDRO NEL
APELLIDOS	ZUÑIGA BARCO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	22/04/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/22/2025 16:29:02	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Ibagué, 22 de septiembre de 2025

Señores:
Secretaria de Desarrollo Social Comunitario

Solicito de su ayuda para le sea otorgado el servicio funerario para **Pedro Nel Zúñiga Barco** identificado con CC **1.110.462.580** de Ibagué, Tolima, el cuerpo se encuentra en medicina legal por tratarse de una muerte violenta (sicariato).

Agradezco de su colaboración y atención.

Atentamente:

MARIA ALEJANDRA ZUÑIGA BARCO
CC. 1110515300

Maria Alejandra Zúñiga Barco
Teléfono: 3219121098
Dirección: Manzana B casa 5 Santa Catalina II

Alcaldía de IBAGUÉ

AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 25 DE SEPTIEMBRE DE 2025

FECHA DE FALLECIMIENTO: 25 DE SEPTIEMBRE 2025

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: OSCAR LEONARDO CESPEDES

IDENTIFICACIÓN: 93376343

DIRECCIÓN: CALLE 1era #10-45 BARRIO ALASKA

TELÉFONO: 3112005060

AFINIDAD CON EL FALLECIDO: HIJO

QUIEN AUTORIZA: DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL FALLECIDO: CECILIA CASTRO BUITRAGO

IDENTIFICACIÓN: 28535751

PROGRAMA: ADULTO MAYOR

DESCRIPCIÓN: SERVICIO DE ADULTO

OBSERVACIONES: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.535.751

CASTRO BUITRAGO

APELLIDOS

CECILIA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1946

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-NOV-1968 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2901100-00153384-F 0028535751-20000417 0010717004A 1 6380027366

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25099320234978

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN			
País	Departamento	Municipio	
COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	
ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN			
Área		Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)	
Cabecera Municipal			
TIPO DE DEFUNCIÓN	**FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**	**HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**	
	Año - Mes - Dia	Hora - Minutos	
No fetal	2025-09-25	01:00:00	
SEXO DEL FALLECIDO	**IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO**		
	Tipo de documento	Número de documento	
Femenino	Cédula de ciudadanía	28535751	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CASTRO	BUITRAGO	CECILIA	
PROBABLE MANERA DE MUERTE	**DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO**		
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?	
Natural	Ninguno de los anteriores		

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR			
Tipo de documento		Número de documento	
Cédula de ciudadanía		75078993	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CHAVARRIAGA	QUICENO	JORGE	EDUARDO
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN		**REGISTRO PROFESIONAL**	
Médico		15537	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO			
Departamento		Municipio	
TOLIMA		IBAGUÉ	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN**	
Año - Mes - Dia			
2025-09-25			

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresion: 2025-09-25 03:09

Código verificación: 00F3-BEBD-B847-C008

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238403

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría | Número: 02 | Código: 9 5 4 7

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

CASTRO RUITRAGO CECILIA

Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en letras)

C.C. 28535751 de IBAGUE | FEMENINO

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción: Año 2025 Mes SEP Día 25 | Hora 01:00 | Número de certificado de defunción 2509932923497B

Presunción de muerte

Juzgado que profirió la sentencia: X.X.X.X.X.X.X.X | Fecha de la sentencia: Año X X X X Mes X X X Día X X

Documento presentado | Nombre y cargo del funcionario

Autorización judicial: | Certificado Médico: X | JORGE EDUARDO CHAVARRIAGA QUICENO

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documento de Identificación (Clase y número) | Firma

C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) | Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) | Firma

Fecha de inscripción | **Nombre y firma del funcionario que autoriza**

Año 2025 Mes SEP Día 25

ESPACIO PARA NOTAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.376.343**

CESPEDES CASTRO

APELLIDOS

OSCAR LEONARDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1969**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-AGO-1987 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00241836-M-0093376343-20100618 **0022**362113A 1 6560679756

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 25/09/2025

Ficha: 73001030572600000107

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CECILIA

Apellidos: CASTRO BUITRAGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28535751

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/03/2023

Última actualización ciudadano: 30/03/2023

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: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	28535751
NOMBRES	CECILIA
APELLIDOS	CASTRO BUITRAGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/25/2025 07:24:50	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Gmail **Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>**

Fwd: Solicitud de apoyo para servicio funerario

Despacho desarrollo desarrollo social <desarrollosocial@ibague.gov.co> 25 de septiembre de 2025, 8:17 a.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Claudia Andrea Aristizábal
Despacho de Desarrollo Social Comunitario
Alcaldía de Ibagué

---------- Forwarded message ---------
De: **Catalina villarreal** <cata-villarrealm5@hotmail.com>
Date: jue, 25 sept 2025 a las 7:43
Subject: Solicitud de apoyo para servicio funerario
To: desarrollosocial@ibague.gov.co <desarrollosocial@ibague.gov.co>

Respetados señores de la secretaría de desarrollo social comunitario,

Reciban un cordial saludo. Amablemente me dirijo a ustedes para solicitar su colaboración para el servicio funerario de mi abuela, Cecilia Castro Buitrago identificada con cc 28,535,751 quien lamentablemente falleció el día de hoy 25 de septiembre de 2025 a la 1 de la mañana y su cuerpo se encuentra en la calle 1 #10-45 Barrio Alaska de la ciudad de Ibagué.

Agradezco la ayuda que nos puedan brindar, ya que no contamos con el recurso económico para brindarle una digna sepultura.

Cordialmente,
Angie Catalina Cespedes Villarreal
Cc 1110578870
Teléfono 3144507581

2 archivos adjuntos

Cc cecilia castro.pdf
659K

CamScanner 25-09-25 07.21.pdf
1026K

	LA AURORA TOLIMA S.A.S. NIT. 900.135.782-6		
	CONTRATO N°	**TITULO**	**FECHA**
	2876 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2024	INFORME IV DE ACTIVIDADES	DEL 14 DE JULIO AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Valor Total de los Servicios Autorizados Hasta el 27 de Septiembre del 2025

RELACIÓN TOTAL		
MES	**CANTIDAD**	**VALOR TOTAL**
JUNIO	1	$ 721.050
JULIO	5	$ 11.446.950
AGOSTO	14	$ 33.395.550
SEPTIEMBRE	6	$ 14.280.000
TOTAL		**$ 59.843.550**

	LA AURORA TOLIMA S.A.S. NIT. 900.135.782-6		
	CONTRATO N°	**TITULO**	**FECHA**
	2876 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2024	INFORME IV DE ACTIVIDADES	DEL 14 DE JULIO AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025

BENEFICIOS PRESTADOS POR SERVICIO

SERVICIO PARA ADULTOS

1. Uso de Carroza Fúnebre:

Nuestras carrozas fúnebres fueron utilizadas para la prestación del servicio en las diferentes etapas de el mismo. Desde la recolección del cuerpo en el lugar donde ocurrió el fallecimiento, el traslado al laboratorio donde se realiza la preservación y finalmente las exequias: ceremonia y destino final.





2. Preservación:

Nuestro grupo de Tanatólogos, debidamente capacitados y certificados, fueron los encargados de realizar el procedimiento de Tanatopraxia o preservación del cuerpo en los lugares adecuados para tal fin (laboratorio); en el cual, se aplican los métodos para su higienización, conservación, embalsamiento, restauración, reconstrucción y cuidado estético de la persona fallecida.

- La Aurora Funerales y Capillas, cuenta con todos los elementos básicos para la preparación de los cuerpos y cumple con las medidas sanitarias y de protección para llevar a cabo estos procedimientos.



3. Cofre Fúnebre:

Hacemos uso de cofre fúnebre fabricado en madera y MDF para los cuales contamos con una gama de colores: Café, Miel o Caramelo. Fueron entregados a requerimiento de la alcaldía y en acuerdo con los familiares de los fallecidos.



4. Hábito:

En los casos que fue necesario, hicimos entrega de un Hábito; dispuesto para el arreglo y presentación del cuerpo.



5. Velación:

La velación se lleva a cabo en una de las Salas que disponemos en nuestra sede. Brindando un espacio idóneo, en el que los familiares y conocidos del ser querido, pueden despedirse.



6. Servicio de Cafetería:

Durante el tiempo de velación en la sala ubicada en nuestra sede, contamos con personal de cafetería, capacitado para brindar hidratación a los asistentes. Así mismo, en los casos de velación en casa, se otorga a la familia un Kit de Cafetería con lo pertinente para la preparación de las bebidas y su respectivo suministro.



7. Trámites Civiles y Eclesiásticos:

a) Trámites Civiles:

En nuestro equipo de trabajo y dentro del servicio prestado, nos hacemos cargo de todas las diligencias civiles y notariales ha las que haya lugar, en lo correspondiente con los casos de fallecimiento, cumpliendo con los términos y tiempos establecidos para ello, según la ley.

b) Trámites Eclesiásticos:

Al igual que en el punto anterior, dentro de los trámites pertinentes, también nos hacemos cargo de la coordinación en el ámbito eclesiástico. La coordinación y gestión documental requerida para la ceremonia; así como, el destino final de los fallecidos.

8. Cartel, Cinta y Arreglo Floral:

Como es debido en un servicio fúnebre y sin excepción; nuestro equipo de trabajo se encarga de la elaboración de los carteles impresos y digitales que contienen la información del fallecido y sus honras fúnebres en los tiempos coordinados; así mismo, se brinda la respectiva cinta que llevará la carroza con el nombre de la persona fallecida y un arreglo floral de tamaño mediano.

9. Servicio de Bus:

Cuando se ha requerido, hemos prestado el servicio de Bus con una capacidad de hasta 35 pasajeros y en el cual se realiza el acompañamiento desde el lugar de velación, posteriormente hacía la ceremonia religiosa y culminando en el destino final dispuesto para el descanso el ser querido.

10. Ceremonia Religiosa:

Se viene realizando ceremonia religiosa según lo indicado por la Alcaldía; momentos previos a la sepultura de cada una de las personas beneficiadas con el servicio Exequial.

11. Destino Final:

Siguiendo las instrucciones dadas por la Alcaldía, en cuanto al destino final, hemos venido prestando el servicio de Bóveda en arrendamiento en el **Cementerio San Bonifacio**.



Servicio para Niños

En los casos de fallecimiento en menores de 10 años, La Aurora Funerales y Capillas ha venido prestando el servicio Exequial cumpliendo con las mismas etapas y beneficios brindados en un servicio para Adultos. Claramente, se diferencia de este en un elemento puntual como lo es el Cofré.

Para estos casos, utilizamos un cofre fúnebre fabricado en madera y MDF de color Blanco. Estos fueron entregados a requerimiento de la alcaldía y en acuerdo con los familiares de los fallecidos.



Igualmente y siguiendo las instrucciones dadas por la Alcaldía, en cuanto al destino final, se viene prestando el servicio de Bóveda en arrendamiento en el **Cementerio San Bonifacio**.

Servicio para Suministro de Osarios:

La Aurora Funerales y Capillas suministra cofre fúnebre fabricado en madera o MDF de color Café; brindamos un arreglo floral proporcional al cofre, el acompañamiento y traslado con carroza fúnebre y el Osario en el **Cementerio San Bonifacio**.

Servicio para Exhumaciones:

Para los casos de Exhumación, luego de contar con la previa orden judicial y/o administrativa para los efectos funerarios y legales; se procede a coordinar y realizar la exhumación de los restos humanos y restos óseos, de las personas fallecidas, que posteriormente dispusimos en unas Urnas fabricadas en madera o MDF de color Café y con las cuales nos dirigimos a realizar la ubicación de los mismos en Osarios del **Cementerio San Bonifacio.**

Beneficios Prestados a los Servicios con Protocolo COVID-19 Sospechosos o Positivos

1. Embalaje, desinfección y recolección del cuerpo:

En el sitio de fallecimiento, se ha venido realizando el embalaje y la desinfección del cuerpo como lo indican las entidades de salud departamentales y locales. Tiempo seguido se realiza la recolección.

2. Retiro y traslado del cuerpo:

Se realiza el retiro en el lugar del deceso y proseguimos al traslado desde dicho sitio con destino al parque crematorio donde se haya coordinado el destino final.

3. Cremación:

La disposición final en los servicios con protocolo covid-19 debe ser cremación; y ya que el cementerio central no recibe fallecidos que estén bajo dicho protocolo, la cremación se está llevando a cabo en el parque Cementerio Crematorio los Olivos y en el crematorio La Aurora, relacionados a continuación.

- **CREMATORIO LA AURORA**



- **CREMATORIO LOS OLIVOS**



4. Urna para las cenizas:

Una vez realizada la cremación, se hace entrega de las cenizas a la familia en la respectiva urna cenizaria con un homenaje en sala.



OTRAS DISPOSICIONES:

1. El proponente deberá certificar por escrito que cuenta con disponibilidad de atención durante la 24 hora del día, todos los días de la semana, incluyendo festivos.

- Funerales La Aurora certifica por escrito la disponibilidad de atención las 24 horas del día, todos los días de la semana, incluyendo festivos y el original se encuentra en la carpeta correspondiente.

2. El contratista se obliga a cumplir a cabalidad con lo estipulado en el Decreto N° 1069 del 29 de Diciembre de 2006, por medio del cual se expide el código de ética de la administración central municipal de Ibagué, el cual en su artículo 18 reza “todo contratista o persona vinculado independiente del tiempo de vinculación con la administración deberá cumplir en todos los aspectos el presente código ética, el cual manifiesta por escrito al momento de vinculación como compromiso ineludible; requerimiento que hará parte de la minuta del presente contrato al suscribir.

- Funerales La Aurora viene cumpliendo con la obligación del código de Ética y suscribió acta de compromiso al inicio del contrato, el original se encuentra en la carpeta correspondiente.

3. El contratista se compromete a dar cumpliendo de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, institución colombiana de bienestar familiar y servicio nacional de aprendizaje cuando a ello haya lugar, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

- Funerales la Aurora viene cumpliendo con las obligaciones del sistema general de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de Compensación familiar, ICBF y servicio nacional de aprendizaje para lo cual se adjunta la certificación del contador.