

FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1979
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
18-NOV-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
A-1500150-01174879-M-0079816444-20201029 0072257523A 1 9913540902



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 79.816.444
GIRALDO LOPEZ
APELLIDOS
JHON FREDY
NOMBRES
FIRMA

9 - Dicie - 2025
San Martin - 3:40
321 248 8018

2 Dos 4:20 am
Siberia

HISTORIA CLINICA

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **JHON** **FREDY** **GIRALDO** **LOPEZ** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 79816444 Tipo Id CC Sexo M Fecha Nto: 19/10/79 Años 46 Meses 1

Dir: URBANO. Tel:3212488018. Vereda: SAN MARTIN. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Adultez **Profesional:** JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: mar, 2 dic 2025 , 9:19 am **Finalidad:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

CONTROL DE DISCAPACIDAD

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CEGUERA MONOCOULAR DERECHA, QUIEN ACUDE A CONTROL DE DISCAPACIDAD NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS

Med: CEGUERA MONOCULAR DERECHA

Qx: LAPAROTOMIA EXPOLRATORIA Y MULTIPLES INTERVENCIONES ABDOMINALES, HACE 15 AÑOS POR TRAUMA CON ACP

Hx: NIEGA

Tx: TRAUMA EN MIMEBRO INFERIOR IZQUIERDO SECUNDARIO A CAIDA

T/A: 20 AÑOS CON ALCHOLISMO CRONICO

Fx: NIEGA

Otros antecedentes:

-OCUPACIÓN: CONSTRUCTOR
-ESCOLARIDAD/ NIVEL EDUCATIVO: QUINTO
-HABITA CON : ESPOSA
-RELIGIÓN: CATOLICA
-PROCEDENCIA: BOGOTA
-RESIDENCIA: SAN MARTIN
-TRASTORNOS MENTALES: NIEGA
-DISCAPACIDAD : CEGUERA MONOCULAR DERECHA
-ETNIA : OTROS
-FAMILIARES : MADRE HTA Y CANCER DE CUELLO UTERINO

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA Otros: NIEGA

Examen fisico: Signos vitales: TA:114/70 FC: 80 FR: 20 Oxi: 95 T°: 36 P kg: 83 T cm: 181 IMC: 25.3

General: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
Específico: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, PUPILAS NORMORREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADAS, SIN LESIONES, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIMÉTRICO, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS ++/++++, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS.
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CEGUERA MONOCOULAR DERECHA, QUIEN ACUDE A CONTROL DE DISCAPACIDAD NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO O CONGESTION, SE CONSIDERA
1. PACIENTE CON DISCAPACIDAD VISUAL SECUNDARIA A CEGUERA MONOCOULAR DERECHA, APGAR FAMILIAR 20/20 BARTHEL 95 DEPENDENCIA MFUNCIONAL LEVE, SE GENERA COSNTANCIA
2. DEBE CONTINAUR CON CONTROLES D ECOMORBILIDADES DE BASE
QUIEN HA SEGUIDO RECOMENDAIONES NUTRICIONALES Y DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, NIEGA SINTOMAS Y REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS O SIGNOS DE ALARMA, SE FORMULAN MEDICAMENTOS, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA COMO CEFALEA INTENSA, VISION BORROSA, MAREOS, VISION BORROSA, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE PERSISTENTE, PITOS EN OIDOS O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE O AMENACE LA VIDA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
- CONSTANCIA DE DISPACIDAD

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
HACER EJERCICIO EN FORMA REGULAR Y CONTROLAR EL PESO.
NO FUMAR.
NO TOMAR MUCHO ALCOHOL Y EVITARLO POR COMPLETO EN CASO DE TENER ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO.
UTILIZAR LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.
SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:
--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA, PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL
--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE, QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFÍNTERES URINARIO O FECAL
CONSUMIR UNA DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA
RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO.
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZUCAR Y SAL
7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS.
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** H544 CEGUERA MONOCULAR

Dx rel 2: **Dx rel 3:**

Remisión a:

Dr. Jaime Andrés Vargas Villanueva
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL

Registro : Cédula 1192803435 Digitada: mar, 2 dic 2025 , 9:19 am

Imprime : 1 1 1 1 mar, 2 dic 2025 9:21 am CITAS

Solicitante

Ingresar Solicitante

Documento Vigente

Validación

Formulario de Registro de Autorización

CC 79816444 **JHON FREDY GIRALDO LOPEZ**

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Mpio de San Pablo de Borbur contrato 129-2025 (2025-12-03 a 2025-12-22) Id:2335

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S Id: 6622

Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2835

Observaciones

Ninguno

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1557608

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	10/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		CRISTIAN FERNICOLAY DELGADILLO VILLAMIL			
Tipo de Documento	TI	Número de documento	1053512785		
Dirección					
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3107790143		
Correo Electrónico					
Cuenta con certificado de discapacidad		Si		No	X
EPS	PARTICULARES EPS	Tipo de régimen	SUBSIDIADO		
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)					
Tipo de Documento		Número de documento			
Parentesco					
Municipio		Teléfono			
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1374449**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono	3118546589			
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

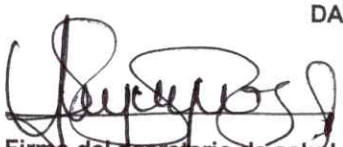
La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN



Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente:	Cristian Delgadillo	**Fecha:**	13/12/2025
Tipo de identificación:	TI	**Número:**	1053512785

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Segundo Delgadillo Identificado con: TI Nº: 7372440
como paciente ____ o como responsable TI del paciente: 1053512785
Cristian Delgadillo identificado con ____ Nº ____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: _____

Firma del responsable del paciente: Segundo H Delgadillo
C.C: 7372440 de Chiquinquirá

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Andrea Salcedo	**Nombre:** Shaiana B	**Nombre:** Diana Milena
CC: 1053345276	**CC:** 1075686	**CC:** 1049164047
profesión Fisioterapeuta	**profesión** med general	**profesión** Psicología

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
CRISTIAN	FERNICOLAY	DELGADILLO	VILLAMIL

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1053512785

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	8.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	0.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b164.2 b172.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.1 d175.1

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.053.512.785
DELGADILLO VILLAMIL

APELLIDOS

CRISTIAN FERNICOLAY

NOMBRES

cristian

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-2011

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-NOV-2029 B- M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

30-ENE-2019 GUASCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENALOS GIRALDO

A-0717600-01478312-M-1053512785-20241122 0142804458A 2 8513333384

A NIVEL INSTITUCIONAL:
•SOLICITAR VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y POSIBLE REMISIÓN A EDUCACIÓN ESPECIAL.
•ARTICULACIÓN CON EL COMITÉ DE APOYO ESCOLAR PARA SEGUIMIENTO AL CASO.
REMISIÓN SUGERIDA:
•FONOAUDIOLOGÍA
•VALORACIÓN POR NEUROPSICOLOGÍA
•SE REALIZA OFICIO PARA EL COLEGIO EN DONDE SE SOLICITAN AJUSTES RAZONABLES PARA EL MENOR

DURANTE LA SESIÓN, EL MENOR SE MOSTRÓ ATENTO, TRANQUILO, COLABORADOR. RESPONDE A LAS INSTRUCCIONES DADAS, AUNQUE PERMANECE EN SILENCIO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO.
APGAR INFANTIL (PUNTAJE: 10) SUGIERE UNA FUNCIÓN FAMILIAR NORMAL

Dx ppal: F813 TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOL **Dx rel 1:** Z559 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON LA

Dx rel 2: **Dx rel 3:**

Remisión a:

GENIFER ALBORNOZ - PSICOLOGIA

Registro : 1049607834 Cédula 1049607834 Digitada: mié, 2 jul 2025 , 11:43 am

Imprime : GENIFER DAYANA ALBORNOZ VELASC mié, 2 jul 2025 11:43 am APS4

E.S.E. CENTRO DE SALUD

SOLICITUD DE OTROS SERVICIOS

090042

ESE CENTRO DE SALUD MANUEL ELKIN PATARROYO NIT: 820004318-1

Dirección: Carrera 5 5-04 OTANCHE BOYACA Tel: 3105602292

Nombres: CRISTIAN FERNICOLAY DELGADILLO VILLAMIL

Número Id 1053512785 Años 13 Tel: 3102592309 Empresa: PARTICULARES

Dx principal: F813 Dx Sec Z559 Fecha: mié, 2 ju 2025 Hora: 11:42 a. m. Servicio: Am ulatorio

Observaciones:

La solicitud es válida dentro de los siguientes tres meses a su expedición.

	CUPS	Procedimientos	#
1	940701	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	1

GENIFER ALBORNOZ - PSICOLOGIA

Registro 1049607834 Cédula 1049607834

Firma recibido pte: _____

Tiene derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

HISTORIA CLINICA

ESE CENTRO DE SALUD MANUEL ELKIN PATAR Dir: Carrera 5 5-04 Teléfono: 3105602292

Nombres: **CRISTIAN** **FERNICOLAY** **DELGADILLO** **VILLAMIL** **EPS** **PARTICULARES**

N° Identidad: 1053512785 Tipo Id TI Sexo M Fecha Nto: 19/11/11 Años 13 **Meses** 7

Dir: COSCUEZ. Tel:3102592309. Vereda: RURAL. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Adolescencia **Profesional:** GENIFER ALBORNOZ - PSICOLOGIA Valoración por Psicólogo

Digitada: *mié, 2 jul 2025 , 11:43 am* **Finalidad:** 10 No aplica **C Externa:** 15 Otra

Motivo consulta:

ME REMITIERON DEL COLEGIO

Anamnesis:

MENOR MASCULINO DE 13 AÑOS PROVENIENTE DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR ZONA RURAL VEREDA EL PLAN DE LA ESCUELA, QUE ASISTE EN COMPAÑÍA DE SU PROGENITORA MARÍA AURORA VILLAMIL CARRILLO COMENTANDO QUE CONSULTA POR DIFICULTADES PERSISTENTES EN EL APRENDIZAJE, ESPECIALMENTE EN LECTURA Y ESCRITURA. REMITIDO POR EL ÁREA EDUCATIVA. LA MADRE REFIERE PREOCUPACIÓN POR BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR DESDE LOS PRIMEROS AÑOS.

ANTECEDENTES RELEVANTES:
•DIFICULTADES DE APRENDIZAJE DESDE LOS PRIMEROS GRADOS.
•NO HA RECIBIDO ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR LIMITACIONES ECONÓMICAS Y BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS EN OTRAS CIUDADES.
•BUENA DISPOSICIÓN PARA EL TRABAJO ESCOLAR, PERO CON IMPORTANTES LIMITACIONES COGNITIVAS-ACADÉMICAS.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:
DURANTE LA SESIÓN, EL MENOR SE MOSTRÓ ATENTO, TRANQUILO, COLABORADOR. RESPONDE A LAS INSTRUCCIONES DADAS, AUNQUE PERMANECE EN SILENCIO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO.
•LENGUAJE: DIFICULTADES NOTORIAS EN LECTURA Y ESCRITURA; OMISIÓN O ALTERACIÓN DEL ORDEN DE PALABRAS.
•INTERACCIÓN SOCIAL: SOCIALIZA CON NIÑOS MENORES, MOSTRANDO COMPORTAMIENTOS MÁS ACORDES A ETAPAS EVOLUTIVAS ANTERIORES.
•EMOCIONES: RECONOCE LAS EMOCIONES BÁSICAS Y REFIERE SENTIRSE FELIZ ESPECIALMENTE AL PARTICIPAR EN EL EQUIPO DE FÚTBOL ESCOLAR.
•COMPORTAMIENTO: NO SE EVIDENCIAN CONDUCTAS AGRESIVAS NI DISRUPTIVAS. DESEMPEÑO ADECUADO EN LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS.

Med: YA REGISTRADOS

Qx: YA REGISTRADOS

Hx:

Tx: YA REGISTRADOS

T/A: YA REGISTRADOS

Fx: YA REGISTRADOS

Otros antecedentes:

OCUPACION – ESTUDIANTE
ESCOLARIDAD – QUINTO
ESTADO CIVIL – SOLTERO
VIVE CON – LA MAMÁ Y PAPA
MEDICAMENTOS – NIEGA
ENFERMEDADES QUE PADECE O SUFRIDAS – NIEGA
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS – HERNIA UMBILICAL
ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES – NIEGA
CONSUMO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS –NIEGA

Revisión por sistemas:

Gral: REGISTRADOS ANTERIORMENTE Resp: REGISTRADOS ANTERIORMENTE C/V: REGISTRADOS ANTERIORMENTE G/I: REGISTRADOS ANTERIORMENTE G/U: REGISTRADOS ANTERIORMENTE Neuro: REGISTRADOS ANTERIORMENTE Otros: APARIENCIA GENERAL - NORMAL
CONDUCTA Y ACTIVIDAD MOTORA – NORMAL
ACTITUD HACIA EL EXAMINADOR – CONTACTO VISUAL DURANTE LA ENTREVISTA, ALERTA Y COLABORADOR.
LENGUAJE – FLUIDO
HUMOR – SIN ALTERACIONES EMOCIONALES
SENTIMIENTOS – SIN ALTERACIONES EMOCIONALES

Examen físico: **Signos vitales:** **No diligenciados**

General: REGISTRADOS ANTERIORMENTE
Especifico: REGISTRADOS ANTERIORMENTE

Análisis, diagnóstico y conducta:

PLAN DE INTERVENCIÓN:
A NIVEL INDIVIDUAL:
•FORTALECER AUTOESTIMA A TRAVÉS DE REFUERZO POSITIVO Y RECONOCIMIENTO DE SUS LOGROS DEPORTIVOS Y SOCIALES.
•ACTIVIDADES LÚDICAS QUE ESTIMULEN EL LENGUAJE Y LA LECTOESCRITURA.
•RUTINAS VISUALES PARA REFORZAR HÁBITOS ACADÉMICOS.
A NIVEL FAMILIAR:

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		ELIADES LOPEZ GUALTEROS			
Tipo de Documento	CC	Número de documento	4196172		
Dirección					
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3222601315		
Correo Electrónico					
Cuenta con certificado de discapacidad		Si		No	X
EPS	NUEVA EPS	Tipo de régimen	SUBSIDIADO		
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)					
Tipo de Documento		Número de documento			
Parentesco					
Municipio		Teléfono			
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**807450**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono		3118546589		
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN

Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Eliodes Lopez	Fecha: 13/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 4196172

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Eliodes Lopez Identificado con: CC Nº: 4196172
como paciente X o como responsable _____ del paciente: _____
_____ identificado con _____ Nº _____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: Eliodes Lopez
C.C: 4196172

Firma del responsable del paciente: _____
C.C: _____

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Andres Salcedo	**Nombre:** Shaiana B	**Nombre:** Diana Milena
CC: 1053345176	**CC:** 1012776 80	**CC:** 1018461617
profesión Fisioterapeuta	**profesión**	**profesión** Psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ELIADES		LOPEZ	GUALTEROS
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
BOYACÁ		SAN PABLO DE BORBUR	

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 4196172

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	25.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b410.2 b440.2 b780.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.321

3. Codigos Actividades y Participación

d570.1 d598.1 d879.1

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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



INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-1948**

PAUNA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-AGO-1972 PAUNA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0704900-00286120-M-0004196172-20110325 **00263**43241A 1 30191283

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.196.172**
LOPEZ GUALTEROS
APELLIDOS
ELIADES
NOMBRES

Eliades lopes
FIRMA



Viernes
4:20 am

HISTORIA CLINICA

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **ELIADES** **LOPEZ** **GUALTEROS** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 4196172 Tipo Id CC Sexo M Fecha Nto: 31/10/48 Años 76 Meses 10

Sin dirección. Tel:3126832323. Vereda: CALAMACO ALTO. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Vejez **Profesional:** JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: lun, 22 sept 2025 , 9:08 am **Finalidad:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

CONTROL DE DISCPACIDAD

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ANGINA INESTABLE, HTA, CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA FEVI 59%, EPOC, AMPUTACION TRAUMATICA DE 2 Y 5 DEDO DE MANO DERECHA HACE 40 AÑOS QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE Y REFORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS, AL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADO CONTROL DE LA ENFERMEDAD, CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA.

Med: ANGINA INESTABLE, HTA, CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA FEVI 59%, EPOC, HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO.

Qx: POP DE ARTERIOGRAGIA CORONARIA 11/05/2023, ARTERIAS CORONARIAS EPICARDICAS SIN LESIONES SIGNIFICATIVAS, AMPUTACION TRAUMATICA DE 2 Y 5 DEDO DE MANO DERECHA

Hx: NIEGA

Tx: AMPUTACION TRAUMATICA DE 2 Y 5 DEDO DE MANO DERECHA HACE 40 AÑOS

T/A: NIEGA

Fx:

Otros antecedentes:

19/11/24: GLUCOSA 103 MG/DL NORMAL., CREATININA 1.3 MG/DL NORMAL., COLESTEROL HDL 46 MG/DL NORMAL., COLESTEROL LDL 124 MG/DL ALTO., COLESTEROL TOTAL 190 MG/DL NORMAL., TRIGLICÉRIDOS 97 MG/DL NORMAL., COLOR AMARILLA CLARA, ASPECTO LIGERAMENTE TURBIA, PH 5 NORMAL., DENSIDAD ESPECÍFICA 1030, NITRITOS (-), PROTEINAS (-), SANGRE (-), GLUCOSA (-), CÉLULAS 1-2XC, HEMATÍES 0-2XC, LEUCOCITOS MICRO 0-2XC, MOCO (-), BACTERIAS ESCASAS

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA Otros: NIEGA

Examen físico: Signos vitales: TA:110/70 FC: 89 FR: 75 Oxi: 96 T°: 36 P abd cm: 85 P kg: 55 T cm: 155 IMC: 22.8

General: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
Específico:
CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, PUPILAS NORMORREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADAS, SIN LESIONES, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIMÉTRICO, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: MANO DEREHC AUSENCIA DE 2 Y QUINTO DEDO. RESTO EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS ++/++++, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS.
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ANGINA INESTABLE, HTA, CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA FEVI 59%, EPOC, AMPUTACION TRAUMATICA DE 2 Y 5 DEDO DE MANO DERECHA HACE 40 AÑOS QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE Y REFORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS, AL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADO CONTROL DE LA ENFERMEDAD, CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA., EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO O CONGESTION, S EOCNSIDERA
1. PACIENTE CON AMPUTACION TRAUMATICA DE 2 Y 5 DEO DE MANO DERECHA DESDE HACE 40 AÑOS , DISCPACIDAD FISICA CON APGAR FAMILIAR (PUNTOS: 15). SUGIERE UNA DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE. ÍNDICE BARTHEL (PUNTAJE: 90) GRADO DE DEPENDENCIA MODERADA. TEST LAWTON Y BRODY (PUNTAJE:7) GRADO DE DEPENDENCIA LIGERA.
2. S EREFOMURLA EMDIACCION DE COOMROBILDIADES DE BASE Y SE SOLCITAN PARALCINICOS DE CONTROL
QUIEN HA SEGUIDO RECOMENDAIONES NUTRICIONALES Y DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, NIEGA SINTOMAS Y REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS O SIGNOS DE ALARMA, SE FORMULAN MEDICAMENTOS, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA COMO CEFALEA INTENSA, VISION BORROSA, MAREOS, VISION BORROSA, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE PERSISTENTE, PITOS EN OIDOS O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE O AMENACE LA VIDA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

--SUCRALFATO 1 GR TABLETA CADA DIA

-VALSARTAN 80 MG CADA DIA
-ATORVASTATINA 40 MG CADA NOCHE
-INDACATEROL/GLICOPIRRONIO 110/50 MCG CADA DIA
-SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 8 HORAS SI AHOGO
-IPRATROPIO 2 PUFF CADA 12 HORAS
-TAMSULOSINA 0.4MG CADA DIA CONSTANICA DE DISPCACIDAD

SS/: PERFIL METABÓLICO (CADA 6 MESES)
SS/ MICROALBUMINURIA
SS/: CREATININA
SS// EKG
-SE SOLICITA VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA
SE SOLICITA: VALORACIÓN EN CENTRO DE SALUD PARA FORMULACIÓN DE PARACLÍNICOS Y REMISIÓN A MEDICINA ESPECIALIZADA.
SE REDIRECCIONA A MEDICINA INTERNA, PSICOLOGIA, NUTRICION, ODONTOLOGIA, OPTOMETRIA
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
HACER EJERCICIO EN FORMA REGULAR Y CONTROLAR EL PESO.
NO FUMAR.
NO TOMAR MUCHO ALCOHOL Y EVITARLO POR COMPLETO EN CASO DE TENER ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO.
UTILIZAR LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.
SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:
--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA, PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL
--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE, QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFÍNTERES URINARIO O FECAL
CONSUMIR UNA DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA
RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO.
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL
7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS.
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** S689 AMPUTACION TRAUMATICA DE LA MUÑECA Y DE LA MA

Dx rel 2: **Dx rel 3:**

Remisión a:

Dr. Jaime Andrés Vargas Villanueva
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL

Registro : Cédula 1192803435 Digitada: lun, 22 sept 2025 , 9:08 am

Imprime : 1 1 1 1 lun, 22 sept 2025 9:11 am CITAS

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		JENNIFER DAYANA BARRETO PAEZ			
Tipo de Documento	TI	Número de documento	1054373937		
Dirección					
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3107790143		
Correo Electrónico					
Cuenta con certificado de discapacidad		Si		No	X
EPS	CAJACOPI EPS	Tipo de régimen	SUBSIDIADO		
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)					
Tipo de Documento		Número de documento			
Parentesco					
Municipio		Teléfono			
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**876797**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono	3118546589			
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN



Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Jennifer Barreto	Fecha: 13/12/2025
Tipo de identificación: TI	Número: 1054373937

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Mda Paez Identificado con: CC Nº: 1053333340.
como paciente ____ o como responsable X del paciente: Jenifer Barreto identificado con TI Nº 1054373937.

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: _____

Firma del responsable del paciente: Vidi P7
C.C: 1053333340

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Andrea Sierra	**Nombre:** Jhonatan Bustos	**Nombre:** Diana Milan
CC: 1053345140	**CC:** 1013755680	**CC:** 1018416407
profesión Fisioterapeuta	**profesión** Ced prof	**profesión** Psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JENNIFER	DAYANA	BARRETO	PAEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1054373937

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	19.44
Participación	0.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b172.1

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d820.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.054.373.937**
BARRETO PAEZ

APELLIDOS
JENNIFER DAYANA

NOMBRES

Jennifer

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-JUL-2012**
TURMEQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

20-JUL-2030
FECHA DE VENCIMIENTO

B+
G S RH

F
SEXO

12-DIC-2019 SAN PABLO DE BORBUR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-0724900-01137470-F-1054373937-20200311 **0070**551587A 2 52728283

Solicitante
Ingresar Solicitante

Documento Vigente
Validación

Au
Reg

Formulario de Registro de Autorización

TI 1054373937 **JENNIFER DAYANA BARRETO PAEZ**

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Mpio de San Pablo de Borbur contrato 129-2025 (2025-12-03 a 2025-12-22) Id:2335

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S Id: 6622

Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2835

Observaciones

Ninguno

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 876797

Registrar una nueva autorización

HISTORIA CLINICA

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR
NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **JENNIFER DAYANA BARRETO PAEZ** EPS **CAJACOPI SUBSIDI**

N° Identidad: 1054373937 Tipo Id TI Sexo F Fecha Nto 20/07/12 Años 11 Meses 3

Sin dirección. Tel:3124733938. Vereda: SAN MARTIN. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Infancia **Profesional:** RAFAEL PEREZ - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: mié, 15 nov 2023 , 3:55 pm **Fin:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

"NO RINDE EN EL COLEGIO"

Signos vitales: TA:90/63 FC: 70 FR: 20 Oxi: 98 T°: 36.5 P kg: 29 T cm: 136 IMC: 15.6

Anamnesis:

PACIENTE DE 11 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISMINUCION DEL DESEMPEÑO ESCOLAR. PADRE Y PACIENTE REFIEREN DIFICULTADES ACADEMICAS CON LA DOCENTE SOLICITAN VALORACION PSICOLOGICA. PACIENTE NO PRESENTA DEFICIT NEUROCOGNITIVO APARENTE, SIN EMBARGO PRESENTA UNA ACTITUD INTROVERTIDA QUE DIFICULTA LA ENTREVISTA.

Med: NIEGA

G/O: G: 0 P: 0 A: 0 FUM: Gestante: ☐ FPP: EG:

Qx: NIEGA

Hx: NIEGA

Tx: NIEGA

T/A: NIEGA

Fx: NIEGA

Otros antecedentes:

FAMILIARES: NIEGA
VIVE EN SAN MARTIN
CONVIVE CON MADRE Y HERMANOS
ADECUADA RELACION Y RED DE APOYO FAMILIAR
APGAR FAMILIAR (PUNTOS: 20). SUGIERE UNA FUNCIÓN FAMILIAR NORMAL.
REDES DE APOYO AMIGOS FAMILIA
ASSITE A LA ESCUELA SI
GRADO: QUINTO
REFIERE ADECUADO DESEMPEÑO
ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
NACIO EN LA CIUDAD DE VENTAQUEMADA
HEMOCLASIFICACION: B+
FECHA DE ULTIMA VALORACION POR ODONTOLOGIA NO RECUERDA

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA Otros: NIEGA

Examen fisico:

General: Estado nutricional: Z TE: -1.64 Z IMC: -0.91 TE: Riesgo de retraso en talla, IMC: Adecuado para la edad, .
ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
Especifico: CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, PUPILAS NORMORREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADAS, SIN LESIONES, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TORAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIMÉTRICO, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS ++/++++, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS.
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LOGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE DE 11 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISMINUCION DEL DESEMPEÑO ESCOLAR. PADRE Y PACIENTE REFIEREN DIFICULTADES ACADEMICAS CON LA DOCENTE SOLICITAN VALORACION PSICOLOGICA. PACIENTE NO PRESENTA DEFICIT NEUROCOGNITIVO APARENTE, SIN EMBARGO PRESENTA UNA ACTITUD INTROVERTIDA QUE DIFICULTA LA ENTREVISTA.

EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO O CONGESTION, ESTADO NUTRICIONAL: Z TE: -1.64 Z IMC: -0.91 TE: RIESGO DE RETRASO EN TALLA, IMC: ADECUADO PARA LA EDAD, .
SE CONSIDERA PACIENTE SANA, EN EL MOMENTO SE SOLICITA VALORACION POR PSICOLOGIA Y PEDIATRIA SEGUN CONCEPTOS SE DEFINIRAN CONDUCTAS.

SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA COMO CEFALEA INTENSA, VISION BORROSA, MAREOS, VISION BORROSA, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE PERSISTENTE, PITOS EN OIDOS O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE O AMENACE LA VIDA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

IDX:
DIFICULTAD EN EL DESARROLLO ESCOLAR.

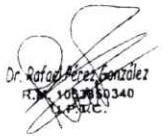
PLAN
-ACIDO ASCORBICO 500 MG CADA DIA
-VITAMINA A 200.000 UI DOSIS UNICA
-SE RECOMIENDA UNA DIETA BAJA EN SAL, GRASAS, DEBE EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, DISMINUIR EL CONSUMO DE CAFÉ, AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE INTENSIDAD MODERADA COMO CAMINAR 30-40 MINUTOS 3 A 4 VECES POR SEMANA.

SE SOLICITA
-VALORACION POR PEDIATRIA Y PSICOLOGIA.

Dx ppal: F818 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LAS **Dx rel 1:**

Dx rel 2: **Dx rel 3:**

Remisión a: PEDIATRIA



RAFAEL PEREZ - MEDICINA GENERAL

Registro 1053350340 Cédula 1053350340 Digitada: mié, 15 nov 2023 , 3:55 pm

Imprime : 1 1 1 1 vie, 12 dic 2025 11:08 am CITAS

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		LUIS ALFREDO CRUZ FAJARDO					
Tipo de Documento	CC			Número de documento	74260212		
Dirección							
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR			Teléfono	3115621504		
Correo Electrónico							
Cuenta con certificado de discapacidad				Si		No	X
EPS	NUEVA EPS			Tipo de régimen	SUBSIDIADO		
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)							
Tipo de Documento				Número de documento			
Parentesco							
Municipio				Teléfono			
Correo Electrónico							

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**994542**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada	Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono	3118546589			
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN



Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINISALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Luis Alfredo Cruz	Fecha: 13/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 74260212.

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Luis Alfredo Cruz Identificado con: CC Nº: 74260212.
como paciente X o como responsable _____ del paciente: _____
_____ identificado con _____ Nº _____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: 74260212

Firma del responsable del paciente: _____
C.C: _____

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Andrea Ricardo	**Nombre:** Shaicni Buitrago	**Nombre:** Diana Murcia
CC: 1053345146	**CC:** 1007556861	**CC:** 1018461107
profesión Fisioterapeuta	**profesión** Med general	**profesión** Psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUIS	ALFREDO	CRUZ	FAJARDO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 74260212

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	55.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	34.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.2 b730.2 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.361

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.2 d570.1 d879.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUL-1954**

SAN PABLO DE BORBUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-DIC-1981 SAN PABLO DE BORBUR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0724900-43158225-M-0074260212-20071129 **00170**07332I 03 210666116

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **74.260.212**

CRUZ FAJARDO
APELLIDOS

LUIS ALFREDO
NOMBRES

FIRMA



Sabado 4:00 am

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR NIT: 820003422-3

SOLICITUD DE OTROS SERVICIOS

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORBUR NIT: 820003422-3

Dirección: Calle 2 N 1 - 41 SAN PABLO DE BOR BOYACA Tel: 3108831069

Nombres: LUIS ALBERTO CRUZ FAJARDO

Número Id 74260212 Años 71 Tel: 3115621504 Empresa: NUEVA EPS SUBSIDIADO

Dx principal: Z736 Dx Sec S927 Fecha: lun, 22 sept, 2025 Hora: 10:21 a. m. Servicio: Ambulatorio

Observaciones:

	Procedimientos	#
1	PACIENTE CON OSTEOARTROSIS DE PIE DERECHO SECUNDARIO A FX MULTIPLE DE PIE DERECHO POR TRAUMA CON ROCA EN EL 2009, CON DISCAPACIDAD FISICA CON ÍNDICE BARTHEL (PUNTAJE: 90) GRADO DE DEPENDENCIA MODERADA.. TEST LAWTON Y BRODY (PUNTAJE:7) GRADO DE DEPEN	1

Dr. Jaime Andrés Vargas Villanueva
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL

Registro 0 Cédula 1192803435

Firma recibido pte: _____

Tiene derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

HISTORIA CLINICA

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **LUIS ALBERTO CRUZ FAJARDO** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 74260212 Tipo Id CC Sexo M Fecha Nto: 20/07/54 Años 71 Meses 2

Sin dirección. Tel:3115621504. Vereda: URBANO. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Urbano. Depto: BOYACA

Vejez **Profesional:** JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: lun, 22 sept 2025 , 10:24 am **Finalidad:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

"VENGO A CONTROL"

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 71 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HTA Y OSTEOARTORIS DE PIE DERECHO SECUNDARIO A FX MULTIPLE DE PIE DERECHO POR TRAUMA CON ROCA EN EL 2009 CONSULTA PARA CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE, CONTROL DE DISCAPCIDAD Y REFORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS, MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS

Med: HIPERTENSION ARTERIAL, OSTEOARTROSIS

Qx: NIEGA

Hx: NIEGA

Tx: NIEGA

T/A: NIEGA

Fx: NIEGA

Otros antecedentes:

10/05/25: GLUCOSA 100 MG/DL NORMAL., CREATININA 1.1 MG/DL NORMAL., COLESTEROL HDL 46 MG/DL NORMAL., COLESTEROL LDL 103 MG/DL ALTO., COLESTEROL LDL 103 MG/DL ALTO., COLESTEROL TOTAL 184 MG/DL NORMAL., TRIGLICÉRIDOS 171 MG/DL ALTO., COLOR AMARILLA CLARA, ASPECTO LIGERAMENTE TURBIA, PH 6 NORMAL., DENSIDAD ESPECÍFICA 1010, NITRITOS (-), PROTEINAS (-), SANGRE (-), CÉLULAS 0-2XC, HEMATÍES 0-2XC, LEUCOCITOS MICRO 0-2XC, SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVO
06/25: SOMF NEGATIVA

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA Otros: APGAR FAMILIAR (PUNTOS: 18). SUGIERE UNA FUNCIÓN FAMILIAR NORMAL.
IMC 26.1, CIRC ABD 90, NO FUMA, COL TOTAL 183 MG/DL, COL LDL 106 MG/DL, COL HDL 48 MG/DL, TG 171 MG/DL, GLUCOSA PRE 100 MG/DL, CRITERIO SÍNDROME METABÓLICO POSITIVO, CREATININA: 1.1 MG/DL, TFG CKDEPI: 71.77 CC/MIN, CAT. TFG: >= 60 SIN EVALUAR DAÑO RENAL, CAT. PROTEINA: SIN EVALUACIÓN, CDTA RENAL: MONITORIZAR FUNCIÓN RENAL SEGÚN GUÍA. NO SE PUEDE DEFINIR SI HAY DAÑO RENAL., TFG COCKROFT: 71.77 CC/MIN NO AJUSTADO A SCT, FRAMINGHAM AJUSTADO: 15, AHA: 25,

Examen físico: Signos vitales: TA:140/76 FC: 80 FR: 20 Oxi: 96 T°: 36 P abd cm: 90 P kg: 66 T cm: 159 IMC: 26.1

General: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
Específico: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, PUPILAS NORMORREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADAS, SIN LESIONES, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIMÉTRICO, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS ++/++++, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS.
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE MASCULINO DE 71 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HTA Y OSTEOARTROSIS DE PIE DERECHO SECUNDARIO A FX MULTIPLE DE PIE DERECHO POR TRAUMA CON ROCA EN EL 2009 CONSULTA PARA CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE, CONTROL DE DISCAPCIDAD Y REFORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS, MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS
, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO O CONGESTION, SE CONSIDERA
1. PACIENTE CON OSTEOARTROSIS DE PIE DERECHO SECUNDARIO A FX MULTIPLE DE PIE DERECHO POR TRAUMA CON ROCA EN EL 2009, CON DISCAPACIDAD FISICA CON ÍNDICE BARTHEL (PUNTAJE: 90) GRADO DE DEPENDENCIA MODERADA.. TEST LAWTON Y BRODY (PUNTAJE:7) GRADO DE DEPENDENCIA LIGERA APGAR FAMILIAR (22/9/2025) PUNTOS: 18, APGAR ADULTO. SUGIERE UNA FUNCIÓN FAMILIAR NORMAL.
2. PACIENTE CON HTA DE BASE SE REOFRMULA MEDICACION, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES , SE DAN RECOMENDACIONES

Y SIGNOS DE ALARMA COMO CEFALEA INTENSA, VISION BORROSA, MAREOS, VISION BORROSA, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE PERSISTENTE, PITOS EN OIDOS O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE O AMENACE LA VIDA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
-AMLODIPINO 10 MG CO CADA DIA
-METOPROLOL 50 MG VO CADA 12 HORAS
-LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS
-HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VO CADA DIA
-ACETAMIFEN 500 MG CADA 8 HORAS
- GEMFIBROZIL 600 MG CADA DIA-
CONSTANCIA DE DISCAPCIDAD

SS/: PERFIL METABÓLICO (CADA 6 MESES)
SS/ MICROALBUMINURIA
SS/: CREATININA
SS// EKG
-SE SOLICITA VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA
SE SOLICITA: VALORACIÓN EN CENTRO DE SALUD PARA FORMULACIÓN DE PARACLÍNICOS Y REMISIÓN A MEDICINA ESPECIALIZADA.
SE REDIRECCIONA A MEDICINA INTERNA, PSICOLOGIA, NUTRICION, ODONTOLOGIA, OPTOMETRIA
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
HACER EJERCICIO EN FORMA REGULAR Y CONTROLAR EL PESO.
NO FUMAR.
NO TOMAR MUCHO ALCOHOL Y EVITARLO POR COMPLETO EN CASO DE TENER ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO.
UTILIZAR LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.
SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:
--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA, PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL
--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE, QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFÍNTERES URINARIO O FECAL
CONSUMIR UNA DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA
RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO.
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL
7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS.
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** S927 FRACTURAS MULTIPLES DEL PIE

Dx rel 2: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) **Dx rel 3:**

Remisión a:

Dr. Jaime Andrés Vargas Villanueva
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL

Registro : Cédula 1192803435 Digitada: lun, 22 sept 2025 , 10:24 am

Imprime : 1 1 1 1 lun, 22 sept 2025 10:28 am CITAS

Solicitante

Ingresar Solicitante

Documento Vigente

Validación

Formulario de Registro de Autorización

CC 74260212 **LUIS ALFREDO CRUZ FAJARDO**

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Mpio de San Pablo de Borbur contrato 129-2025 (2025-12-03 a 2025-12-22) Id:2335

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S Id: 6622

Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2835

Observaciones

Ninguna

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 994542

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		ANYI YICED PORRAS LOPEZ			
Tipo de Documento	CC	Número de documento	1056502168		
Dirección					
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3104821029		
Correo Electrónico					
Cuenta con certificado de discapacidad		Si		No	X
EPS	COOSALUD EPS	Tipo de régimen	SUBSIDIADO		
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)					
Tipo de Documento		Número de documento			
Parentesco					
Municipio		Teléfono			
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**995117**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono		3118546589		
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN



Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Ami Porras	Fecha: 13/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 1056502168

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Yoma Claudia lopez Identificado con: CC Nº: 23'882487
como paciente ____ o como responsable ✓ del paciente: Angie lizeth
Porras lopez identificado con Cc Nº 1056502168

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: Ami Yiceth Porras López
C.C: _____

Firma del responsable del paciente: mariaclaudelinaLópezc.
C.C: 23882987

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Andrea Salgado	**Nombre:** Shaicano B	**Nombre:** Diana Milena
CC: 1053365546	**CC:** 1093775080	**CC:** 1018416457
profesión FISIOTERAPEUTA	**profesión** med general	**profesión**

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANYI	YICETH	PORRAS	LOPEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1056502168

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	25.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	18.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.1 b163.1

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d730.1 d879.1 d920.1

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUN-2004**

SAN PABLO DE BORBUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-AGO-2022 SAN PABLO DE BORBUR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0724900-01321293-F-1056502168-20220927 **00868**82896G 1 55400726

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.056.502.168**

PORRAS LOPEZ
APELLIDOS

ANYI YICETH
NOMBRES

Anyi Yiceth Porras
FIRMA



3104821029

San Pedro
12/ 4:20 am

HISTORIA CLINICA

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **ANYI YICETH PORRAS LOPEZ** EPS **COOSALUD EPS S**

N° Identidad: 1056502168 Tipo Id CC Sexo F Fecha Nto: 11/06/04 Años 21 Meses 3

Sin dirección. Tel:3104821029. Vereda: SAN PEDRO. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Juventud **Profesional:** JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: lun, 29 sept 2025 , 3:52 pm **Fin:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

"VENGO A CONTROL DE DISCAPACIDAD"

Signos vitales: TA:110/70 FC: 80 FR: 20 Oxi: 96 T°: 36

Anamnesis:

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD, CON ANT ANTECEDENTE DE TX COGNITVO LEVE. CONSULTA PARA CONTROL DE SU DISCAPACIDAD , MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS

Med: RETRASO COGNITIVO ??

G/O: G: 0 P: 0 A: 0 FUM: Gestante: ☐ FPP: EG:

Qx: NIEGA

Hx: NIEGA

Tx: NIEGA

T/A: NIEGA

Fx: NIEGA

Otros antecedentes:

NIEGA29/04/2024
HEMATOCRITO 42 % NORMAL., HEMOGLOBINA 14 G/DL NORMAL., LEUCOCITOS WBC 10800 U/UL ALTO., NEUTRÓFILOS 66 % ALTO., LINFOCITOS 31 % NORMAL., EOSINÓFILOS 0 % BAJO., BASÓFILOS 0 % NORMAL., MONOCITOS 3 % NORMAL., PLAQUETAS 282000 U/UL NORMAL . OTROS (-), COLOR AMARILLA CLARA, ASPECTO LIGERAMENTE TURBIA, PH 6 NORMAL., DENSIDAD ESPECÍFICA 1020, CÉLULAS 4-6XC. HEMATÍES 0-2XC, LEUCOCITOS MICRO 0-2XC, MOCO (-), CILINDROS (-), OTROS (-)10/05/2024
UROCULTIVO : NEGATIVO
03/05/2024
ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL : ULTRASONIDO DENTRO DE LIMITES DE NORMALIDAD.
- ECOGRAFIA PELVICA TV ; DENTRO DE LIMITES DE NORMALIDAD.
- RX DE TORAX SIN ALTERACIONES.
- EKG: EKG: RITMO SINUSAL, FC: 70 LPM, EJE NORMAL, PR NORMAL, QRS ANGOSTO, ST SIN INFRA O SUPRA DESNIVELES, NO ARRITMIAS NI ISQUEMIA AGUDA.

10/12/2024
TAC ABDOMEN TOTAL : AUEMNTO EN EL ESPESOR DEL ENDOMETRIO, GENITALES INTERNOS FEMENINNOS O CON AUMENTO DEL ESPESOR DEL ENDOMETRIO DE 11MM, QUISTE SIMPLE ANEXIAL IZQUIERDO DE 15X15 MM, SE DEBE CORRELACIONAR CON ECOGRAFIA PELVICA

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA Otros: NIEGA

Examen físico:

General: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
Especifico: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, PUPILAS NORMORREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADAS, SIN LESIONES, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIMÉTRICO, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS ++/++++, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS.
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD, CON ANT ANTECEDENTE DE TX COGNITVO LEVE. CONSULTA PARA CONTROL DE SU DISCAPACIDAD , MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CIFRAS

TENSIONALES EN METAS, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO O CONGESTION, SE CONSIDERA PACIENTE CON SOESPECHA DE DISCAPACIDAD CONITIVA LEVE CON BARTHEL D E95 PUNTOS CON DEPENDNENCIA FUNCIONAL LEVE, SE CONSIDERA PACIENTE CON SOSPECHA DE DISCAPCIDAD INTELECTUAL CON DEPENDENCIA FUNCIONAL LEVE , SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA COMO CEFALEA INTENSA, VISION BORROSA, MAREOS, VISION BORROSA, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE PERSISTENTE, PITOS EN OIDOS O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE O AMENACE LA VIDA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
- SE GENERA CONSTANCIA
CITA CONTROL
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
HACER EJERCICIO EN FORMA REGULAR Y CONTROLAR EL PESO.
NO FUMAR.
NO TOMAR MUCHO ALCOHOL Y EVITARLO POR COMPLETO EN CASO DE TENER ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO.
UTILIZAR LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.
SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:
--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA, PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL
--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE, QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFÍNTERES URINARIO O FECAL
CONSUMIR UNA DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA
RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL
7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS.
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** F709 RETRASO MENTAL LEVE DETERIORO DEL COMPORTA

Dx rel 2: **Dx rel 3:**

Remisión a:

Dr. Jaime Andrés Vargas Villanueva
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL

Registro Cédula 1192803435 Digitada: lun, 29 sept 2025 , 3:52 pm

Imprime : 1 1 1 1 lun, 29 sept 2025 3:55 pm CITAS

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)			SIRLEY DAYANA NEGRO VILLAMIL				
Tipo de Documento	CC		Número de documento	1002678160			
Dirección							
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR		Teléfono	3213843055			
Correo Electrónico							
Cuenta con certificado de discapacidad			Si		No	X	
EPS	NUEVA EPS		Tipo de régimen	SUBSIDIADO			
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)							
Tipo de Documento			Número de documento				
Parentesco							
Municipio			Teléfono				
Correo Electrónico							

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1237138**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono			3118546589	
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN



Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente:	Dayana Negro	Fecha:	13/12/2025
Tipo de identificación:	CC	Número:	40050760

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Flor Villamil Identificado con: CC Nº: 40050727
como paciente ___ o como responsable ✓ del paciente: Dayana Negro Villamil identificado con CC Nº ___

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: ___
C.C: ___

Firma del responsable del paciente: Flor Emilse Villamil
C.C: 40050727

Firma: Andrea S.	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Andrea Salgado	**Nombre:** Dayana B	**Nombre:** Diana Milena M
CC: 1053345488	**CC:** 1007586800	**CC:** 1084164407
profesión Fisioterapeuta	**profesión** Med gral	**profesión** Psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SIRLEY	DAYANA	NEGRO	VILLAMIL

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1002678160

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	41.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	6.25
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	31.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b126.2 b167.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d161.2 d879.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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

Solicitante

Ingresar Solicitante

Documento Vigente

Validación

Formulario de Registro de Autorización

CC 1002678160 **SIRLEY DAYANA NEGRO VILLAMIL**

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Mpio de San Pablo de Borbur contrato 129-2025 (2025-12-03 a 2025-12-22) Id:2335

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S Id: 6622

Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2835

Observaciones

Ninguna

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1237138

Registrar una nueva autorización



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-1999**
SAN PABLO DE BORBUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00971148-F-1002678160-20180123 0059211538A 2 49669672

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.002.678.160**

NEGRO VILLAMIL
APELLIDOS

SIRLEY DAYANA
NOMBRES

Sirley Negro
FIRMA



ANTECDNETES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE DX A LOS 4 AÑOS , EXTRAPIRAMIDALISMO POR RISPERIDONA . TX PSICOTICO , , ENCEFALOPATIA PEILEPTICA (FENOTIPO LENNOX GASTAUT - CTISIS TONICOCLONICAS, AUSENCIAS Y ATONICAS) VS EPILEPSIAMULTIFOCAL , TX COMPROTAMENTAL Y COGNITIVO ASOCIADO INTERVENCION QX POR LUXACION DE HOMBRO. CONSULTA PARA CONTROL DE DISCAPACIDAD , MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO O CONGESTION, SE CONSIDERA
1. PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, APGAR FAMILIAR 18/20, BARTHEL 95 PUNTOS DEFPENDICENCIA FUNCIONAL LEVE, SE DA CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD
2. DEBE CONTINAUR CON MEDICACION DE BASE, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA COMO CEFALEA INTENSA, VISION BORROSA, MAREOS, VISION BORROSA, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE PERSISTENTE, PITOS EN OIDOS O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE O AMENACE LA VIDA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
- CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD
-BIPERIDENO 2 MG 1 TAB CADA 12 H
-VALCOTE- DIVALPROATO DE SODIO 500 MG 1 TAB CADA 12H
- BIVARACETAM 100MG 1 TAB CADA 12 H

LEONARDO FABIO 18/04/2025 NEUORLOGO CLINICO :
LEVETIRACETAM 1000 MG 2 TAB CADA 12H (SI NO HAY BRIVARACETAM)
LACOSAMIDA 200MG CADA 12H

PENDIENTE
SS// VALORACION DE CONTROL POR NEUROLOGIA Y G/O
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
HACER EJERCICIO EN FORMA REGULAR Y CONTROLAR EL PESO.
NO FUMAR.
NO TOMAR MUCHO ALCOHOL Y EVITARLO POR COMPLETO EN CASO DE TENER ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO.
UTILIZAR LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.
SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:
--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA, PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL. ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL
--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE, QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFÍNTERES URINARIO O FECAL
CONSUMIR UNA DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA
RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO.
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL
7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** F709 RETRASO MENTAL LEVE DETERIORO DEL COMPORTA

Dx rel 2: **Dx rel 3:**

Remisión a:

Sabado 4:00 am

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR
NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **SIRLEY** **DAYANA** **NEGRO** **VILLAMIL** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 1002678160 Tipo Id CC Sexo F Fecha Nto: 01/12/99 Años 26 Meses 0

Dir: urbano. Tel:3213843055. Vereda: SAN MARTIN. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Juventud **Profesional:** JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: jue, 11 dic 2025 , 7:58 am **Fin:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

"VENGO A CONTROL DE DISCAPACIDAD"

Signos vitales: TA:111/74 FC: 80 FR: 20 Oxi: 96 T°: 36 P kg: 57 T cm: 157 IMC: 23.1

Anamnesis:

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS QUIEN ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE MADRE FLOR VILLAMIL (CON DISFEMIA) . CON ANTECDNETES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE DX A LOS 4 AÑOS , EXTRAPIRAMIDALISMO POR RISPERIDONA , TX PSICOTICO , , ENCEFALOPATIA PEILEPTICA (FENOTIPO LENNOX GASTAUT - CTISIS TONICOCLONICAS, AUSENCIAS Y ATONICAS) VS EPILEPSIAMULTIFOCAL , TX COMPROTAMENTAL Y COGNITIVO ASOCIADO INTERVENCION QX POR LUXACION DE HOMBRO. CONSULTA PARA CONTROL DE DISCAPACIDAD , MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS

Med: DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA DX A LOS 4 AÑOS , EXTRAPIRAMIDALISMO POR RISPERIDONA , TX PSICOTICO , , ENCEFALOPATIA PEILEPTICA (FENOTIPO LENNOX GASTAUT - CTISIS TONICOCLONICAS, AUSENCIAS Y ATONICAS) VS EPILEPSIAMULTIFOCAL , TX COMPROTAMENTAL Y

G/O: G: 0 P: 0 A: 0 FUM: 28/08/2025 Gestante: ☐ FPP: EG:

PNF: NIEGA, NIEGA INICIO DE VIDA SEXUAL SS POMEROY (MADRE)

Qx: LUXACION DE HOMBRO

Hx: NIEGA

Tx: POR CONVULSIONES

T/A: EXTRAPIRMIDALISMO POR RISPEERIDONA

Fx: VER PLAN

Otros antecedentes:

20/10/25: GLUCOSA 79 MG/DL NORMAL., CREATININA 1 MG/DL NORMAL., COLESTEROL HDL 42 MG/DL NORMAL., COLESTEROL LDL 77 MG/DL NORMAL., TRIGLICÉRIDOS 80 MG/DL NORMAL., COLOR AMARILLA CLARA, ASPECTO LIGERAMENTE TURBIA, PH 7 NORMAL., DENSIDAD ESPECÍFICA 1010, NITRITOS (-), PROTEINAS (-), SANGRE (-), GLUCOSA (-), CÉLULAS 4-6XC, HEMATÍES 0-2XC, LEUCOCITOS MICRO 0-2XC, MOCO (-), VIH 1-2 TAMIZAJE NEGATIVO, VDRL NO REACTIVO, HEP B HBSAG NEGATIVO, B HCG CUALITATIVA NEGATIVA A LA FECHA
-OCUPACIÓN:NIEGA
-ESCOLARIDAD/ NIVEL EDUCATIVO: 4°
-HABITA CON : MADRE
-RELIGIÓN: CRISITIANA
-PROCEDENCIA: CHIQUINQUIRÁ
-RESIDENCIA:SAN MARTIN
-TRASTORNOS MENTALES: TX PSICOTICO
-DISCAPACIDAD : DEFICIT CONGNITIVO
-ETNIA : OTROS
-FAMILIARES : DISFEMIA MADRE

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA Otros: NIEGA

Examen físico:

General: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
Específico: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, PUPILAS NORMORREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADAS, SIN LESIONES, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIMÉTRICO, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS ++/++++, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS.
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS QUIEN ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE MADRE FLOR VILLAMIL (CON DISFEMIA) . CON

SOLICITUD DE OTROS SERVICIOS

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORBUR NIT: 820003422-3

Dirección: Calle 2 N 1 - 41 SAN PABLO DE BOR BOYACA Tel: 3108831069

Nombres: SIRLEY DAYANA NEGRO VILLAMIL

Número Id 1002678160 Años 26 Tel: 3213843055 Empresa: NUEVA EPS SUBSIDIADO

Dx principal: Z736 Dx Sec F709 Fecha: jue, 11 dic, 2025 Hora: 7:57 a. m. Servicio: Ambulatorio

Observaciones:

	Procedimientos	#
1	PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, APGAR FAMILIAR 18/20, BARTHEL 95 PUNTOS DEFPENDICENCIA FUNCIONAL LEVE, SE DA CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD	1

Dr. Jaime Andrés Vargas Villanueva
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL

Registro 0 Cédula 1192803435

Firma recibido pte:

Tiene derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR
NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: SIRLEY DAYANA NEGRO VILLAMIL EPS NUEVA EPS SUBSI

N° Identidad: 1002678160 Tipo Id CC Sexo F Fecha Nto: 01/12/99 Años 26 Meses 0

Dir: urbano. Tel:3213843055. Vereda: SAN MARTIN. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Juventud **Profesional:** JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: jue, 11 dic 2025 , 7:58 am **Fin:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Dr. Jaime Andrés Vargas Villanueva
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL

Registro Cédula 1192803435 Digitada: jue, 11 dic 2025 , 7:58 am

Imprime : 1 1 1 1 jue, 11 dic 2025 7:59 am CITAS

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)			FLOR EMILCE VILLAMIL VILLAMIL				
Tipo de Documento	CC		Número de documento	40050727			
Dirección							
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR		Teléfono	3213843055			
Correo Electrónico							
Cuenta con certificado de discapacidad			Si		No	X	
EPS	NUEVA EPS		Tipo de régimen	SUBSIDIADO			
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)							
Tipo de Documento			Número de documento				
Parentesco							
Municipio			Teléfono				
Correo Electrónico							

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1096428**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada	Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono	3118546589			
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN

Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Flor Villamil	Fecha: 13/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 40050727

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Flor Emilce Villamil Identificado con: CC Nº: 40050727
como paciente ✓ o como responsable _____ del paciente: _____
_____ identificado con _____ Nº _____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: Flor Emilce Villamil U.
C.C: -

Firma del responsable del paciente: _____
C.C: 40 050727

Firma: Andrea S.	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Andrea Salgado	**Nombre:** Shakara B	**Nombre:** Diana Villero
CC: 1053335746	**CC:** 1020755685	**CC:** 1018460407
profesión Fisioterapeuta	**profesión** med general	**profesión** psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
FLOR	EMILSE	VILLAMIL	VILLAMIL

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 40050727

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	40.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	25.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2 b330.2 b720.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.271

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.1 d4600.1 d879.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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



FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1974**

PAUNA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-1994 OTANCHE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-0706700-01256474-F-0040050727-20210922 0075649041A 2 9916076302

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.050.727**
VILLAMIL VILLAMIL
APELLIDOS
FLOR EMILSE
NOMBRES

FIRMA



Solicitante
Ingresar Solicitante

Documento Vigente
Validación

A
R

Formulario de Registro de Autorización

CC 40050727 **FLOR EMILSE VILLAMIL VILLAMIL**

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Mpio de San Pablo de Borbur contrato 129-2025 (2025-12-03 a 2025-12-22) Id:2335

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S Id: 6622

Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2835

Observaciones

Ninguna

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1096428

Registrar una nueva autorización

Motivo consulta:

CONTROL

Signos vitales: TA:118/75 FC: 78 FR: 20 Oxi: 98 T°: 36 P kg: 68 T cm: 165 IMC: 24.9

Anamnesis:

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS, QUIEN ASISTE SOLA MAL INFORMANTE , CON ANTECEDENTE DE DISFEMIA , REFIERE ALOS 3 AÑOS DE EDAD CON MONOPLEJIA DE MIEMBOR INFERIOR IZQUIERDO DE APARICION SUBITA CON RETORNO DE LAMARCHA NORMAL DESDE LOS 5 AÑOS , NO ES CLARO EL DIANGOSTICO , REFIERE DOLOR EN CADERA DERECHA DURANTE LA MARCHA Y EN OCASIONES PERCEPCION DE PERDIDA DE LA FUERZA DE LA EXTREMIDAD , NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NI GENITOURINARIA, NI RESPIRATORIA, ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO

Med: DISFEMIA

G/O: G: 3 P: 3 A: 0 FUM: Gestante: ☐ FPP: EG:

MENOPAUSIA 47 AÑOS

Qx: CORRECION CATARA BILATERAL

Hx: NIEGA

Tx: NIEGA

T/A: NIEGA

Fx: NIEGA

Otros antecedentes:

09/10/25: CCV NEGATIVA PRA LIE

OCUPACIÓN: AMA DE CASA
-ESCOLARIDAD/ NIVEL EDUCATIVO: PRIMARIA
-HABITA CON : HIJAS
-RELIGIÓN: CRISTIANA
-PROCEDENCIA: SAN PABLO DE BORBUR
-RESIDENCIA: SAN MARTIN
-TRASTORNOS MENTALES: NIEGA
-DISCAPACIDAD : NIEGA
-ETNIA : OTROS
-FAMILIARES :

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA

Examen fisico:

General: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO. COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
Especifico: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO , AFEBRIL, ALERTA. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ASPECTO ACORDE A LA EDAD Y ASEADO.
-CONDICIONES GENERALES: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO , AFEBRIL, ALERTA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ASPECTO ACORDE A LA EDAD Y ASEADO.
-CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, CARA SIMÉTRICO, PÁRPADOS MÓVILES Y SIMÉTRICOS BILATERAL, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ DE FORMA SIMÉTRICA, COMISURAS LABIALES SIMÉTRICAS, MUCOSAS ORAL Y CONJUNTIVAL HÚMEDAS, ROSADA Y SIN LESIONES; CUELLO CENTRADO, MÓVIL, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATÍAS. NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN.
-TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS Y CONCORDANTES CON EL PULSO EN LOS 4 FOCOS DE AUSCULTACIÓN, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIMÉTRICO Y SIN SOBREAGREGADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. MAMAS: SIMÉTRICAS. PIEL INTEGRA SIN EVIDENCIA DE LESIONES , RETRACCIONES ELEVACIONES O DEPRESIONES A LA INSPECCIÓN, NO SE PALPAN MASAS, AREOLAS SIN ALTERACIONES Y PEZONES PIGMENTADOS, SIN LESIONES EVIDENTES, NO SECRETANTES.
-ABDOMEN: A LA INSPECCIÓN NO SE EVIDENCIA DISTENDIDO, NO SE AUSCULTAN SOPLOS EN LOS 4 CUADRANTES RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
-GENITOURINARIO: DIFERIDO, PUÑO PERCUSIÓN BILATERAL NEGATIVA
-EXTREMIDADES: MIEMBRO INFERIOR DERECHO HIPOTROFICO , MARCHA ANTALGICA , FM 4+/5 DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO CHASQUIDO ARTICULAR DE CADERA DERECHA Y DLOR LEVE A LAMOVILDIAD PASIVA DEMAS EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++/++++, FM 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS EN LAS 4 EXTREMIDADES .

-NEUROLÓGICO: ALERTA, GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, COLABORADOR, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, PARES CRANEALES SIN DÉFICIT, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA, SIN REFLEJOS PATOLÓGICOS. MARCHA CONSERVADA.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS, QUIEN ASISTE SOLA MAL INFORMANTE . CON ANTECEDENTE DE DISFEMIA . REFIERE ALOS 3 AÑOS DE EDAD CON MONOPLEJIA DE MIEMBOR INFERIOR IZQUIERDO DE APARICION SUBITA CON RETORNO DE LAMARCHA NORMAL DESDE LOS 5 AÑOS , NO ES CLARO EL DIANGOSTICO , REFIERE DOLOR EN CADERA DERECHA DURANTE LA MARCHA Y EN OCASIONES PERCEPCION DE PERDIDA DE LA FUERZA DE LA EXTREMIDAD , NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NI GENITOURINARIA NI RESPIRATORIA, ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO. A LA VALROACION PACIENTE ALERTA , ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIGNOS VITALES NORMALES SIN SIRS, MIEMBRO INFERIOR DERECHO HIPOTROFICO , MARCHA ANTALGICA , FM 4+/5 DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO CHASQUIDO ARTICULAR DE CADERA DERECHA Y DLOR LEVE A LAMOVILDIAD PASIVA , DEMAS NORMAL . SE CONSIDERA:
- DISCAPACIDAD FISICA SECUNDARIA A TX DELLENGUAJE POR DISFEMIA , ADEMAS MARCHA ANTALGICA POR ANTECEDNETE NO CLARO DE PARESIA DE MIEMBORINFERIOR DERECHO EN LA INFANCIA NO SE DESCARTA ATROSIS DE CADEERA ASOCIADA SS RX DE CADERA COMPARATIVA , BARTHEL 100 ., LAWTON Y BRODY 8 PUNTOS APGAR FAMILIAR 18 .
- PYP :CCV NEGATIVA 2025 , PENDIENTE MAMOGRAFIA Y PARACLINCOS DE RCV, SOMF
-TMIZAJAE VISUAL ALTERADO PEDIENTE OPTOMETRIA

SS/ RX CADERA COMPARATIVA

PENDIENTE :
VALORACION OPTOMTRIA
- TAMIZAJE ITS
- ASESORIA PRETEST VIH
-- SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL
--LABORATORIOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR: COLESTEROL TOTAL, LDL, HDL. TRIGLICERIDOS, CREATININA. PARCIAL DE ORINA, GLUCOSA
-SE EXPLICAN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
-MAMOGRAFÍA
-CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL (ANUAL ANTE RESULTADO NEGATIVO CADA 3 AÑOS) REALIZAR A TODAS LAS MUJERES ENTRE 25Y 65 AÑOS
-PRUEBA DE ADN VPH
-CONTROL CON RESULTADOS
-SE DIRECCIONA A ODONTOLOGÍA
-CCONTINUAR CONTROL DEL ADULTO
-AUTOEXAMEN DE MAMA MENSUAL SE EXPLICA MÉTODO (LA MISMA FECHA DEL MES)
-EXAMEN CLÍNICO DE MAMA ANUAL
-SE LE EXPLICAN FACTORES DE RIESGO, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
-SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:
--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA, PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL. ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL
--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE. QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFÍNTERES URINARIO O FECAL
--BULTO EN LA MAMA O LA AXILA (DEBAJO DEL BRAZO), AUMENTO DEL GROSOR O HINCHAZÓN DE UNA PARTE DE LA MAMA, IRRITACIÓN O HUNDIMIENTOS EN LA PIEL DE LA MAMA, ENROJECIMIENTO O DESCAMACIÓN EN LA ZONA DEL PEZÓN O LA MAMA, HUNDIMIENTO DEL PEZÓN O DOLOR EN ESA ZONA, SECRECIÓN DEL PEZÓN, QUE NO SEA LECHE, INCLUSO DE SANGRE, CUALQUIER CAMBIO EN EL TAMAÑO O LA FORMA DE LA MAMA, DOLOR EN CUALQUIER PARTE DE LA MAMA.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO.
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL
7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS.
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

HISTORIA CLINICA

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **FLOR EMILCE VILLAMIL VILLAMIL** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 40050727 Tipo Id CC Sexo F Fecha Nto: 10/09/74 Años 51 Meses 3

Dir: SAN MARTIN. Tel:3213843055. Vereda: SAN MARTIN. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Adultez **Profesional:** ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: vie, 12 dic 2025 , 3:54 pm **Fin:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** F808 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y

Dx rel 2: M169 COXARTROSIS NO ESPECIFICADA **Dx rel 3:**

Remisión a:

ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL

Zahira Kalit Chávez Torres
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

Registro Cédula 1007652485 Digitada: vie, 12 dic 2025 , 3:54 pm

Imprime : 1 1 1 1 vie, 12 dic 2025 3 54 pm CITAS

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)			LUIS ORLANDO RODRIGUEZ GALINDO				
Tipo de Documento	CC		Número de documento	9496562			
Dirección							
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR		Teléfono	3132112441			
Correo Electrónico							
Cuenta con certificado de discapacidad			Si		No	X	
EPS	COOSALUD EPS		Tipo de régimen	SUBSIDIADO			
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)							
Tipo de Documento			Número de documento				
Parentesco							
Municipio			Teléfono				
Correo Electrónico							

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1524737**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono			3118546589	
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN

Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente:	Fecha:
Tipo de identificación:	Número:

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Luis Alcindo Rodriguez Identificado con: CC Nº: 9496562
como paciente X o como responsable _____ del paciente: _____
_____ identificado con CC Nº _____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: 9496562

Firma del responsable del paciente: _____
C.C: _____

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Andrea Salgado	**Nombre:** Shirley B	**Nombre:** Diana Hoyos
CC: 1053356146	**CC:** 1052831000	**CC:** 1018416617
profesión Fisioterapeuta	**profesión** Med gral.	**profesión** Psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUIS	ORLANDO	RODRIGUEZ	GALINDO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 9496562

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.3 b229.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.412

3. Codigos Actividades y Participación

d598.1 d850.1 d879.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.496.562

RODRIGUEZ GALINDO
APELLIDOS

LUIS ORLANDO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1959
OTANCHE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O- G.S. RH

M SEXO

03-ABR-1979 OTANCHE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-0724900-33154202-M-0009496582-20070116 01380 07016A 02 210767981

HISTORIA CLINICA

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **LUIS ORLANDO RODRIGUEZ GALINDO** EPS **COOSALUD EPS S**

N° Identidad: 9496562 Tipo Id CC Sexo M Fecha Nto: 24/10/59 Años 66 Meses 1

Sin dirección. Tel:3132112441. Vereda: RURAL. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Vejez **Profesional:** ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: vie, 12 dic 2025 , 10:17 am **Finalidad:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

DICAPACIDAD

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS CON ANECEDNETE DE ENUCLEACIÓN DE OJO DERECHO, UROLITIASIS Y NEFROLITIASIS .HTA NOVO Y LESIHMANISIAIS CUTÁNEA EN TTO QUIEN ACUDE A CONTROL DE DISCAPACIDAD . REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA SINTOMATOLOGÍA IRRITATIVA URINARIA, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS

Med: ENUCLEACIÓN DE OJO DERECHO, UROLITIASIS Y NEFROLITIASIS , HTA DE NOVO

Qx: LITOTRIPSIA RENAL HACE 3 AÑOS

Hx: NIEGA

Tx: NIEGA

T/A: NIEGA, ALCOHOL OCASIONAL

Fx: ASA

Otros antecedentes:

05/12/2025 AMILASA 124, GOT 37.2, GPT 45
14/11/2025 CUADRO HEMÁTICO AUTOMATIZADO: HEMATOCRITO 47.5 % NORMAL., HEMOGLOBINA 16.5 G/DL NORMAL., LEUCOCITOS WBC 6400 U/UL NORMAL., NEUTRÓFILOS 45.7 % NORMAL., LINFOCITOS 49 % ALTO., EOSINÓFILOS 0 % BAJO., BASÓFILOS 0 % NORMAL., MONOCITOS 5.3 % NORMAL., RBC 5 10^6/MM3 NORMAL., HCM 32.6 PG/CEL ALTO., VCM 94.2 FL NORMAL., CHCM 34.6 G/DL ALTO . PLAQUETAS 233000 U/UL NORMAL., OTROS (-),BUN 21 MG/DL NORMAL.,PARCIAL DE ORINA: COLOR AMARILLA CLARA, ASPECTO LIGERAMENTE TURBIA, PH 7 NORMAL., DENSIDAD ESPECÍFICA 1020, NITRITOS (-), PROTEINAS (-), SANGRE (-), GLUCOSA (-), CETONAS (-), UROBILINÓGENO (-), BILIRRUBINAS (-), LEUCOCITOS: (-), CÉLULAS 0-2XC, LEUCOCITOS MICRO 0-2XC, HEMATÍES 0-2XC, MOCO (-), BACTERIAS ESCASAS, CRISTALES (-), CILINDROS (-), CILINDROS (-), OTROS (-),TRIGLICÉRIDOS 90 MG/DL NORMAL.,COLESTEROL TOTAL 153 MG/DL NORMAL.,COLESTEROL LDL 89 MG/DL NORMAL.,COLESTEROL HDL 46 MG/DL NORMAL.,CREATININA 1.2 MG/DL NORMAL.,GLUCOSA 104 MG/DL NORMAL.
11/11/2025 AMILASA 119.6, LIPASA 91.3, GOT 43.2, GPT 46
10/11/2025 EKG: RITMO SINUSAL , FC NORMAL . EJE NORMAL , PR QRS Y ST NORMAL , NO SIGNOS DE ISQUEMIA , NO HIPETROFIS NO BLOQUEOS
22/09/2025 REPORTE DE ANATOMIA PATOLOGICA REGION FRONTAL: PIEL ULCERADA CON HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOOMATOSA QUE SE ASINETA SOBRE DERMIS OCUPARA POR INFILTRADOS HISTIOLINFOPLASMOCITARIOS SE OBSERVAN AMASTIGOTES FAGOCITADOS . PATRON HISTORLOGICO DE LEISHMANIASIS CUTÁNERA (DRA MARIA CARRILLO)
10/06/2025 FROTIS PARA LEISHMANIA NEGATIVO NO SE OBSERVAN AMASTIGOTES DE LEISHMANIA SP. EN LA MUESTRA ANALIZADA
17/03/25: GLU 89 CREA 0.8 HDL 50 LDL 119 COL 205 TGI 180 UROANALISIS NO IMFALAMTORIO SOMF NEGATIVA
28/082024 HB A1C 6.1 %, AMILASA 108.3 , LIPASA 33.7 , AST 40 ALT 46 FR <6, ANA 1/ 160 , PRLACTINA 3.54, PSA 3.22, TSH 1.1, TESTOSTERONA 2.9
08/2024 ÁCIDO ÚRICO 8 MG/DL ALTO.,COLESTEROL TOTAL 210 MG/DL ALTO..COLESTEROL LDL 132 MG/DL ALTO .COLESTEROL HDL 44 MG/DL NORMAL.,TRIGLICÉRIDOS 169 MG/DL ALTO.

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA

Examen fisico: Signos vitales: TA:122/68 FC: 88 FR: 20 Oxi: 98 T°: 36 P kg: 75 T cm: 159 IMC: 29.6

General: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO , AFEBRIL, ALERTA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ASPECTO ACORDE A LA EDAD Y ASEADO.
Específico: CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, PUPILA IZQUIERDA NORMOCRREACTIVA A LA LUZ , AUSENCIA DE GLOBO OCULAR DERECHO ,MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADAS, SIN LESIONES, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS. EN REGION FRONTAL HERIDA R TIPO ULCERA DE BORDES IRREGULARES CON COSTRA MARRON CENTRAL DE 0.5*1CM REDONDEADA SIN ERITEMAPERIFERICO NO DOLOROSA SIN CALOR A LA PALPACION SIN SECRECIO PURULENTA , CON ESTIGMAS DE CREMA EN LA ZONA
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIMÉTRICO, NO SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS ++/++++, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS.
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS CON ANECEDNETE DE ENUCLEACIÓN DE OJO DERECHO, UROLITIASIS Y NEFROLITIASIS .HTA NOVO Y

HISTORIA CLINICA

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **LUIS** **ORLANDO** **RODRIGUEZ** **GALINDO** EPS **COOSALUD EPS S**

N° Identidad: 9496562 Tipo Id CC Sexo M Fecha Nto: 24/10/59 Años 66 Meses 1

Sin dirección. Tel:3132112441. Vereda: RURAL. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Vejez **Profesional:** ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: vie, 12 dic 2025 , 10:17 am **Finalidad:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

LESIHMANISIAIS CUTÁNEA EN TTO QUIEN ACUDE A CONTROL DE DISCAPACIDAD . REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA SINTOMATOLOGÍA IRRITATIVA URINARIA, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS. A LA VALORACION PACIENTE ALERTA , ESTABLE HEMODINAMICMANET SIGNOS VITALES NORMALES SIN SIRS AUSENCIA DE GLOBO OUCAR DERECHO. SE CONSIDERA DISCAPACIDAD FISCA SECUNDARIA A ENUCLEACION DE OJO DERECHO , BARTHEL 100 , LAWTON Y DROADY 8 PUNTOS APGAR FAMILIAR DE 18PNITOS , SE REDIRECCIONA A CONTROL CON OFTALMOLOGIA , PACINETE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN
OFTALMOLOGIA

CONTINUAR MEDIACION DE BASE Y DE LESIHMANIASIS CUTANEA

-CCONTINUAR CONTROL DEL ADULTO
-SE LE EXPLICAN FACTORES DE RIESGO. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
-SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:
--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA. PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL
--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--DIFICULTAD PARA COMENZAR A ORINAR, FLUJO DE ORINA DÉBIL O INTERRUMPIDO, MICCIÓN (ORINAR) FRECUENTE, ESPECIALMENTE POR LA NOCHE, DIFICULTAD PARA VACIAR LA VEJIGA POR COMPLETO, DOLOR O ARDOR AL ORINAR, SANGRE EN LA ORINA O EL SEMEN, DOLOR PERSISTENTE EN LA ESPALDA, LAS CADERAS O LA PELVIS, DOLOR AL EYACULAR.
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE, QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFINTERES URINARIO O FECAL
RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO.
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL
7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS.
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** H544 CEGUERA MONOCULAR

Dx rel 2: B551 LEISHMANIASIS CUTANEA **Dx rel 3:** I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Remisión a: OFTALMOLOGIA

ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL

Zahira Kalit Chávez Torres
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

Registro : Cédula 1007652485 Digitada: vie, 12 dic 2025 , 10:17 am

Imprime : 1 1 1 1 vie, 12 dic 2025 10:17 am CITAS

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	10/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		ALBA SOLANGIE RAMOS RAMOS			
Tipo de Documento	CC	Número de documento	1002678497		
Dirección					
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3222125259		
Correo Electrónico					
Cuenta con certificado de discapacidad		Si		No	X
EPS	NUEVA EPS	Tipo de régimen	SUBSIDIADO		
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)					
Tipo de Documento		Número de documento			
Parentesco					
Municipio		Teléfono			
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1206864**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono	3118546589			
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN

Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINISALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Alba Ramos	Fecha: 12/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 1002678997

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Alba Ramos Identificado con: CC Nº: 1002678997
como paciente X o como responsable _____ del paciente: _____
_____ identificado con _____ Nº _____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: Alba Salongie Ramos Ramos
C.C: 1002678997.

Firma del responsable del paciente: _____
C.C: _____

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Shirley B	**Nombre:** Andrea Salgado	**Nombre:** Diana Milena
CC: 1077556836	**CC:** 1053345346	**CC:** 1018416407
profesión Med gral.	**profesión** Fisioterapeuta	**profesión** Psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ALBA	SOLANGIE	RAMOS	RAMOS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1002678497

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	11

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	25.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b117.3 b167.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

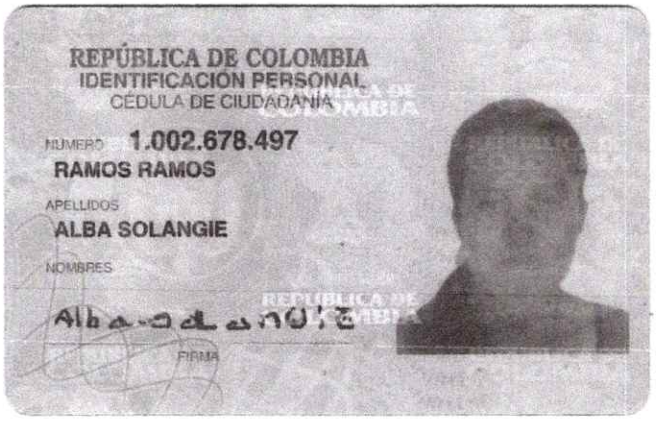
d350.1 d879.2 d910.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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

322 2125259
314 265 7012


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.002.678.497
RAMOS RAMOS

APELLIDOS
ALBA SOLANGIE

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-2000
SAN PABLO DE BORBUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-JUL-2018 SAN PABLO DE BORBUR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-0724900-01035165-F-1002678497-20180831 0062460583A 1 50882276

HISTORIA CLINICA

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR
NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **ALBA** **SOLANGIE** **RAMOS** **RAMOS** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 1002678497 Tipo Id CC Sexo F Fecha Nto: 23/07/00 Años 25 Meses 4

Dir: ALTO DEL OSO. Tel:3222125259. Vereda: ALTO DE OSO. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Juventud **Profesional:** JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: lun, 1 dic 2025 , 11:14 am **Fin:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

"VENGO A CONTROL DE DISCAPACIDAD

Signos vitales: TA:114/70 FC: 96 FR: 20 Oxi: 95 T°: 36 P kg: 55 T cm: 158 IMC: 22

Anamnesis:

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE , DEFICIT COGNITIVO LEVE, QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE DISCAPACIDAD, AL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADO CONTROL DE LA ENFERMEDAD, CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SINT

Med: TRASTORNO COGNITIVO LEVE

G/O: G: 0 P: 0 A: 0 FUM: 10/11/2025 Gestante: ☐ FPP: EG:

PNF: IMPOLANTE DE ETONORGESTREL

Qx: HERNIORRFIAS INGUINALES A LOS 12 AÑOS POP DE EXTRACCION QUIRGUICA DE IMPLANTE SUBDERMICO 03/07/25

Hx: NIEGA

Tx: NIEGA

T/A: NIEGA

Fx: NIEGA

Otros antecedentes:

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA Otros: NIEGA

Examen físico:

General: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
Específico: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, PUPILAS NORMORREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADAS, SIN LESIONES, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIMÉTRICO, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS ++/++++, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS.
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE , DEFICIT COGNITIVO LEVE, QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE DISCAPACIDAD, AL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADO CONTROL DE LA ENFERMEDAD, CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SINT, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO O CONGESTION, SE CONSIDERA
1. PACIENTE CON DISCAPACIDAD COGNITVA LEVE. APGAR FAMILIAR (PUNTOS: 18). SUGIERE UNA FUNCIÓN FAMILIAR NORMAL. BARTHEL 95 PUNTOS DEPENDENCIA FUNCIONAL LEVE. SE GENERA CONSTANCIA SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA COMO CEFALEA INTENSA, VISION BORROSA, MAREOS, VISION BORROSA, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE PERSISTENTE, PITOS EN OIDOS O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE O AMENACE LA VIDA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
- CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
HACER EJERCICIO EN FORMA REGULAR Y CONTROLAR EL PESO.
NO FUMAR.
NO TOMAR MUCHO ALCOHOL Y EVITARLO POR COMPLETO EN CASO DE TENER ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO.
UTILIZAR LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.
SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:
--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA, PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL

--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE, QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFÍNTERES URINARIO O FECAL
CONSUMIR UNA DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA
RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO.
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL
7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS.
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** F708 RETRASO MENTAL LEVE OTROS DETERIOROS DEL CO

Dx rel 2: **Dx rel 3:**

Remisión a:

Dr. Jaime Andrés Vargas Villanueva
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL

Registro Cédula 1192803435 Digitada: lun, 1 dic 2025 , 11:14 am

Imprime : 1 1 1 1 lun, 1 dic 2025 11:19 am CITAS

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SAN PABLO DE BORBUR
NIT. 891801369-2

Modelo Integrado de Planeación y Gestion
SOLICITUD CERTIFICACIÓN PERSONA CON DISCAPACIDAD
FM - 110 **VERSIÓN 2.0** **FECHA: 2024.04.01**

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	10/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		MARIA EUGENIA RAMOS LANCHEROS			
Tipo de Documento	CC	Número de documento	23883041		
Dirección					
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3124611682		
Correo Electrónico					
Cuenta con certificado de discapacidad		Si		No	X
EPS	NUEVA EPS	Tipo de régimen	SUBSIDIADO		
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)					
Tipo de Documento		Número de documento			
Parentesco					
Municipio		Teléfono			
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1013192**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono	3118546589			
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN

Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Ma. Eugenia Ramos	Fecha: 11/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 23883041

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, María Eugenia Ramos Identificado con: CC Nº: 23883041
como paciente X o como responsable _____ del paciente: _____
_____ identificado con _____ Nº _____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: 23883041

Firma del responsable del paciente: _____
C.C: _____

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Sharone	**Nombre:** Andrea Salcedo	**Nombre:** Diana Milena
CC: 1012356566	**CC:** 1053345746	**CC:** 1018416403
profesión med gral	**profesión** Fisioterapeuta	**profesión** psicologa.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARIA	EUGENIA	RAMOS	LANCHEROS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 23883041

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	11

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b117.3 b167.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

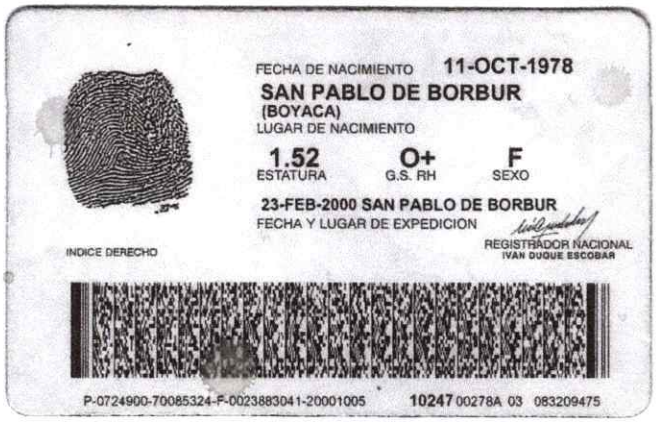
d161.2 d879.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
23883041
RAMOS LANCHEROS
APELLIDOS
MARIA EUGENIA
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1978
SAN PABLO DE BORBUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
23-FEB-2000 SAN PABLO DE BORBUR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
P-0724900-70085324-F-0023883041-20001005 10247 00278A 03 083209475

CL

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR
NIT: 820003422-3

HISTORIA CLINICA

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **MARIA** **EUGENIA** **RAMOS** **LANCHEROS** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 23883041 Tipo Id CC Sexo F Fecha Nto: 11/10/78 Años 47 Meses 1

Dir: VEREDA ALTO DE OSO. Tel:3124611682. Vereda: RURAL. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Adultez **Profesional:** JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: lun, 1 dic 2025 , 11:12 am **Fin:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

"VENGO A CONTROL DE DISACAPACIDAD"

Signos vitales: TA:132/70 FC: 80 FR: 20 Oxi: 96 T°: 36 P kg: 51 T cm: 152 IMC: 22

Anamnesis:

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, ERC ESTADIO G3B, DEFICIT COGNITIVO LEVE, MIGRAÑA. HIPECIFOSIS QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE DISCAPCIDAD, AL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADO CONTROL DE LA ENFERMEDAD, CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA

Med: HIPERTENSION ARTERIAL, ERC ESTADIO G3B, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA/ SEVERA

G/O: G: 2 P: 2 A: 0 FUM: Gestante: ☐ FPP: EG:

POMEROY

Qx: HISTERECTOMIA

Hx: NIEGA

Tx: NIEGA

T/A: NIEGA

Fx:

Otros antecedentes:

22/07/25: GLUCOSA 101 MG/DL NORMAL., CREATININA 1.5 MG/DL ALTO., COLESTEROL HDL 48 MG/DL NORMAL., COLESTEROL LDL 120 MG/DL ALTO., COLESTEROL TOTAL 193 MG/DL NORMAL., TRIGLICÉRIDOS 125 MG/DL NORMAL., COLOR AMARILLA CLARA, ASPECTO LIGERAMENTE TURBIA, PH 7 NORMAL., DENSIDAD ESPECÍFICA 1010, NITRITOS (-), PROTEINAS (-), SANGRE (-), GLUCOSA (-), HEMATÍES 0-2XC, CÉLULAS 4-6XC, LEUCOCITOS MICRO 0-2XC, MOCO (-), BACTERIAS +, SANGRE OCULTA EN HECES NEGATIVO

13/03/2024 PLAQUETAS 269000 U/UL NORMAL.,CUADRO HEMÁTICO MANUAL: HEMATOCRITO 43 % NORMAL., HEMOGLOBINA 14.3 G/DL NORMAL., LEUCOCITOS WBC 7600 U/UL NORMAL., NEUTRÓFILOS 60 % NORMAL., LINFOCITOS 38 % ALTO., EOSINÓFILOS 0 % BAJO., BASÓFILOS 0 % NORMAL., MONOCITOS 2 % NORMAL., OTROS (-),PARCIAL DE ORINA: COLOR AMARILLA CLARA, PH 5 NORMAL., ASPECTO LIGERAMENTE TURBIA, DENSIDAD ESPECÍFICA 1020, NITRITOS (-), PROTEINAS (-), SANGRE (-), GLUCOSA (-), CETONAS (-), UROBILINÓGENO (-), BILIRRUBINAS (-), LEUCOCITOS: (-), CÉLULAS 1-3XC, HEMATÍES 0-2XC, LEUCOCITOS MICRO 4-6XC, MOCO (-), BACTERIAS +, CRISTALES (-), CILINDROS (-), OTROS (-),TRIGLICÉRIDOS 200 MG/DL ALTO.,COLESTEROL TOTAL 216 MG/DL ALTO.,COLESTEROL LDL 130 MG/DL ALTO.,COLESTEROL HDL 46 MG/DL NORMAL.,CREATININA 1.8 MG/DL ALTO.,GLUCOSA 107 MG/DL ALTO.

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA Otros: NIEGA

Examen fisico:

General: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
Especifico: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, PUPILAS NORMORREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADAS, SIN LESIONES, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIMÉTRICO, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS ++/++++, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS.
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, ERC ESTADIO G3B, DEFICIT COGNITIVO LEVE, MIGRAÑA. HIPECIFOSIS QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE DISCAPCIDAD, AL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADO CONTROL DE LA ENFERMEDAD, CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO O CONGESTION, SE CONSIDERA
1. PACIENTE CON DISCAPACIDAD COGNITVA LEVE. APGAR FAMILIAR (PUNTOS: 18). SUGIERE UNA FUNCIÓN FAMILIAR NORMAL. BARTHEL 95 PUNTOS DEPENDENCIA FUNCIONAL LEVE. SE GENERA CONSTANCIA
2. DEBE CONITNUAR CON MEDICACION Y MANEJO DE COOMORBILIDADES DE BASE , SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

COMO CEFALEA INTENSA, VISION BORROSA, MAREOS, VISION BORROSA, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE PERSISTENTE, PITOS EN OIDOS O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE O AMENACE LA VIDA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
- CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD
- CONTINUAR CON MANEJO DE COOMORBILIDADES DE BASE

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
HACER EJERCICIO EN FORMA REGULAR Y CONTROLAR EL PESO.
NO FUMAR.
NO TOMAR MUCHO ALCOHOL Y EVITARLO POR COMPLETO EN CASO DE TENER ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO.
UTILIZAR LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.
SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:
--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA, PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL
--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE, QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFÍNTERES URINARIO O FECAL
CONSUMIR UNA DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA
RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO.
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL
7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS.
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** F708 RETRASO MENTAL LEVE OTROS DETERIOROS DEL CO

Dx rel 2: **Dx rel 3:**

Remisión a:

Dr. Jaime Andrés Vargas Villanueva
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL

Registro Cédula 1192803435 Digitada: lun, 1 dic 2025 , 11:12 am

Imprime : 1 1 1 1 lun, 1 dic 2025 11:17 am CITAS

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	10/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)			URBANO ORTIZ RAMOS				
Tipo de Documento	CC		Número de documento	74260213			
Dirección							
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR		Teléfono	3138172609			
Correo Electrónico							
Cuenta con certificado de discapacidad			Si		No	X	
EPS	NUEVA EPS		Tipo de régimen	SUBSIDIADO			
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)							
Tipo de Documento			Número de documento				
Parentesco							
Municipio			Teléfono				
Correo Electrónico							

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1144409**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono	3118546589			
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN

Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINISALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Urbano ORTIZ.	Fecha: 11/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 74260213

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Urbano ORTIZ Identificado con: CC Nº: 74260213
como paciente P o como responsable _____ del paciente: _____
_____ identificado con _____ Nº _____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: 74260213

Firma del responsable del paciente: _____
C.C: _____

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Shirley B	**Nombre:** Andrea Sapodo	**Nombre:** Dana Hurtado
CC: 1007556886	**CC:** 1053345846	**CC:** 1018416407
profesión med gral	**profesión** Fisioterapeuta	**profesión** Psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
URBANO		ORTIZ	RAMOS
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
BOYACÁ		SAN PABLO DE BORBUR	

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 74260213

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	11

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.3 b229.3 b230.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.372

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d598.1 d879.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.260.213

ORTIZ RAMOS

APELLIDOS

URBANO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



M



FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1960

SAN PABLO DE BORBUR
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

14-DIC-1981 SAN PABLO DE BORBUR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0724900-00257690-M-0074260213-20100928 0024149526A 1 29993119

C.S.C. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORBU Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **URBANO** **ORTIZ** **RAMOS** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 74260213 Tipo Id CC Sexo M Fecha Nto: 10/10/60 Años 64 Meses 11

Sin dirección. Tel:3138172609. Vereda: PARAMO LAGUNAS. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Vejez **Profesional:** ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL

Digitada: mi, 17 sep 2025 , 4:32 pm **Finalidad:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general Consulta ambulatoria de medicina general

Motivo consulta:

DISCAPACIDAD

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE EPOC, PTERIGION, HIPERLIPIDEMIA QUIEN ACUDE PARA CONTROL HOSPITALIAZCION HACE1 MES EN CHIA POR EPOC EXACERBADO DECAF 3 PUNTOS Y BRONQUITIS AGUDA BACTERIANA, ADEMAS DERRMEPLEURAL DERECHO LIBRE E ZQUIERDO LIBRE EL 23/07/2025 RCUIBIO CUBRIMIENTO AB POR 5 DIAS CON AMPICILINA SULBACTAM Y ADEMAS OTITIS MEDIA SUPURATIVA VALROADO POR OTORRINO. QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE Y REFORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS, MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS, REFIERE NO HA PODIDO APLICAR AB TOPICO PARA OTITIS SUPURATIVA

Med: EPOC, PTERIGION, HIPERLIPIDEMIA, CEGUERA IZQUIERDA

Qx: NIEGA

Hx: NIEGA

Tx: HERIDA PUNZANTE EN OJO IZQUIERDO

T/A:

Fx: NIEGA

Otros antecedentes:

04/09/2025 RX TORAX:RADIOGRAFÍA DE TÓRAX : LA SILUETA CARDIACA, EL PEDÍCULO VASCULAR, LA VÍA AÉREA CENTRAL Y LOS HILIOS SON DE APARIENCIA NORMAL PARA LA EDAD. LA VASCULATURA PULMONAR DENTRO DE LÍMITES NORMALES. TRACTOS FIBROSOS EN LOS LÓBULOS SUPERIORES. NO HAY OTRAS IMÁGENES DE CONSOLIDACIÓN DEL ESPACIO AÉREO, NI IMAGEN DE DERRAME PLEURAL. LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS DE LA CAJA TORÁCICA SON DE APARIENCIA USUAL

27/08/2025 PARCIAL DE ORINA: COLOR AMARILLA CLARA, ASPECTO LIGERAMENTE TURBIA, PH 5 NORMAL., DENSIDAD ESPECÍFICA 1025, NITRITOS (-), PROTEINAS (-), SANGRE (-), GLUCOSA (-), CETONAS (-), UROBILINÓGENO (-), BILIRRUBINAS (-), LEUCOCITOS: (-), CÉLULAS 0-2XC, HEMATÍES 0-2XC, LEUCOCITOS MICRO 0-2XC, MOCO (-), BACTERIAS ESCASAS, CRISTALES (-), CILINDROS (-), OTROS (-),TRIGLICÉRIDOS 80 MG/DL NORMAL.,COLESTEROL TOTAL 138 MG/DL BAJO.,COLESTEROL LDL 87 MG/DL NORMAL.,COLESTEROL HDL 35 MG/DL NORMAL.,CREATININA 0.9 MG/DL NORMAL.,GLUCOSA 122 MG/DL ALTO.

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA

Examen físico: Signos vitales: TA:108/80 FC: 87 FR: 20 Oxi: 93 T°: 36

General: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO , AFEBRIL, ALERTA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ASPECTO ACORDE A LA EDAD Y ASEADO.
Específico: -CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, CARA SIMÉTRICO, PÁRPADOS MÓVILES Y SIMÉTRICOS BILATERAL, COMISURAS LABIALES SIMÉTRICAS, MUCOSAS ORAL Y CONJUNTIVAL HÚMEDAS, ROSADA Y SIN LESIONES; CUELLO CENTRADO, MÓVIL, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATÍAS, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. ATROFIA OCULAR IZQUIERDA ,OTOSCOPIA IZQUIERDA CON CANAL AUDITOVO LIMPIO , SIN SECRECION PURULENTA, MEMBRANA TIMPANICA NO ABOMBADA, OTOSCOPIA DERECHA NORMAL
-TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS Y CONCORDANTES CON EL PULSO EN LOS 4 FOCOS DE AUSCULTACIÓN, MURMULLO VESICULAR CON SIBILANCIAS DE PREDOMINIO EN APICES PULMONARES SIN AGREGADOS
-ABDOMEN: A LA INSPECCIÓN NO SE EVIDENCIA DISTENDIDO, NO SE AUSCULTAN SOPLOS EN LOS 4 CUADRANTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
-GENITOURINARIO: DIFERIDO, PUÑO PERCUSIÓN BILATERAL NEGATIVA
-EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++/++++, FM 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS EN LAS 4 EXTREMIDADES .
-NEUROLÓGICO: ALERTA, GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, COLABORADOR, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, PARES CRANEALES SIN DÉFICIT, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA, SIN REFLEJOS PATOLÓGICOS. MARCHA CONSERVADA.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE EPOC, PTERIGION, HIPERLIPIDEMIA QUIEN ACUDE PARA CONTROL HOSPITALIAZCION HACE1 MES EN CHIA POR EPOC EXACERBADO DECAF 3 PUNTOS Y BRONQUITIS AGUDA BACTERIANA, ADEMAS

DERRMEPLEURAL DERECHO LIBRE E ZQUIERDO LIBRE EL 23/07/2025 RCUIBIO CUBRIMIENTO AB POR 5 DIAS CON AMPICILINA SULBACTAM Y ADEMAS OTITIS MEDIA SUPURATIVA VALROADO POR OTORRINO. QUIEN ÁCUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE Y REFORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS, MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS, REFIERE NO HA PODIDO APLICAR AB TOPICO PARA OTITIS SUPURATIVA.A LA VALORACION PACINETE ALERTA , ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIGNOS VITALES NORMALES SIN SIRS , NORMOTENSO , TAQUIPNEA LEVE SIN DISNEA FRANCA SIN RETRACICONES O TIRAJES , SIN CIANOSIS , TORAX RUIDOS CARDIACOS VELADOS SE AUSCULTAN SIBILNACIAS OCASIONALES DE PREDOMINIO EN APICES , ATROFIA OCULAR IZQUIERDA ,OTOSCOPIA IZQUIERDA SIN SIGNOS DE INFECCION CON IMPORTANTE MEJORIA FRNETE A PREVIA . PARACLINICOS CON RUAONALISIS NORMAL , PERFIL LIPIDICO NORMAL , FUNCION RENAL NORMAL , GLUCOSA PRE ELEVADA, RX TORAX RPORTADA. SE CONSIDERA
-EPOC OXIGENO REQUIRIENTE OCASIONAL SE REFORMULA TTO BRONCODILATADOR INDICADO EN HOSPITALIZACION RECIENTE , Y VALORACION PRIORITARIA PÒR MEDICINA INTERNA PENDIENTE
-OTITIA MEDIA AGUDA ISUPURATIVA RESUELTA SIN EMBARGO HIPOACUSIA IZQUIERDA SS AUDIOMETRIA Y VALORACION POR OTORRINO
-PTERIGION DERECHO Y AOTROFIA OCULAR IZQ EN PLAN QX PACINEET NO ACEPTA SE REMIET A VALORQACION POR OPTOMETRIA
-GLUCOSA PRE ELEVADA SS GLUCOSAPR EY POST CARGA , SSHBA1C
-DISCAPACIDAD FISICA SECUNDARIA A CEGUERA OJO IZQUIERDO E HIPOACUSIA IPSILATERAL , BARTHEL 100/100

PLAN:
MEDICINA INTERNA 23/07/2025 DR JAISON MAYORGA
ESOMEPRAZOL 40 MG EN AYUNAS
SALBUTAMOL 3 PUFF CADA 4H HASTA RESOLUCION DELA TOS
B DE IPRATROPIO 3 PUFF CADA 4H
BECLOMETASONA 2 OUFF CADA 12H

DRA ELGA TABORA OTORRINOLARINGOLOGIA : FIXAMICIN DEXACIPRO CIPROFLOXACINA 3MG /ML + DEXAMETASONA 4MG / ML 3 GOTAS EN CADA OIDO 3 V DIA (CADA 8H) HASTA TERMINAR CONTENIDO

MEDICINA GENERAL:
IBUPROFENO 400 MG CADA 12 H SI DOLOR DE CABEZA
ACETAMINOFEN 500 MG CADA 8 SI DOLOR DE CABEZA
QUETIAPINA 25 MG VO NOCHE

SS/ BACILOSCOPIA , SOMF
SS/ GLUCOSA PRE Y POST CARGA
SS/ AUDIOMETRIA , VALROACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA
SS/ GLUCOSA PRE Y POST CARGA

PENDIENTE :PSA , MEDICINA INTERNA

CONTROL CONTROL CON RESULTADOS

SE SOLICITA: VALORACIÓN EN CENTRO DE SALUD PARA FORMULACIÓN DE PARACLÍNICOS Y REMISIÓN A MEDICINA ESPECIALIZADA.
SE REDIRECCIONA A MEDICINA INTERNA, PSICOLOGIA, NUTRICION, ODONTOLOGIA, OPTOMETRIA
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
HACER EJERCICIO EN FORMA REGULAR Y CONTROLAR EL PESO.
NO FUMAR.
NO TOMAR MUCHO ALCOHOL Y EVITARLO POR COMPLETO EN CASO DE TENER ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO.
UTILIZAR LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.
SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:
--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA, PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL
--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE, QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFÍNTERES URINARIO O FECAL
CONSUMIR UNA DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA
RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO.
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORBU Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **URBANO** **ORTIZ** **RAMOS** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 74260213 Tipo Id CC Sexo M Fecha Nto: 10/10/60 Años 64 Meses 11

Sin dirección. Tel:3138172609. Vereda: PARAMO LAGUNAS. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Rural. Depto: BOYACA

Vejez **Profesional:** ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: mi, 17 sep 2025 , 4:32 pm **Finalidad:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS.
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** H544 CEGUERA MONOCULAR

Dx rel 2: H919 HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA **Dx rel 3:** J449 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO

Remisión a: OTORRINOLARINGOLOGIA

Zahira Kalit Chávez Torres
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL

Registro : Cédula 1007652485 Digitada: mi, 17 sep 2025 , 4:32 pm

Imprime : 1 1 1 1 mi, 17 sep 2025 4:33 pm FACTURACION

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SAN PABLO DE BORBUR
NIT. 891801369-2

Modelo Integrado de Planeación y Gestion
SOLICITUD CERTIFICACIÓN PERSONA CON DISCAPACIDAD
FM - 110 **VERSIÓN 2.0** **FECHA: 2024.04.01**

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	10/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)			SAUL OBANDO PARRA				
Tipo de Documento	CC		Número de documento	4095015			
Dirección							
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR		Teléfono	3143342809			
Correo Electrónico							
Cuenta con certificado de discapacidad			Si		No	X	
EPS	NUEVA EPS		Tipo de régimen	SUBSIDIADO			
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)							
Tipo de Documento			Número de documento				
Parentesco							
Municipio			Teléfono				
Correo Electrónico							

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1301797**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono		3118546589		
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN

Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Saul Alvardo Pena	Fecha: 11/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 4095015

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Saul Alvardo Pena Identificado con: CC Nº: 4095015
como paciente X o como responsable X del paciente: _____
_____ identificado con _____ Nº _____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: 4095015

Firma del responsable del paciente: _____
C.C: _____

Firma: Andrea S.	Firma:	Firma: Dora Milena Mora
Nombre: Andrea Salgado	Nombre: Shalena B	Nombre: Dora Milena
CC: 1053345148	CC: 1070586685	CC: 1018416407
profesión Fisioterapeuta	profesión Med general	profesión Psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SAUL		OBANDO	PARRA
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
BOYACÁ		BOYACÁ	

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 4095015

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	11

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b715.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.372 s730.363 s750.363

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.3 d570.3 d879.3

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

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



FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1950**

CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-SEP-1971 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-0706700-33163773-M-0004095015-20080211 **00748** 08040A 01 222455671

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.095.015**

OBANDO PARRA
APELLIDOS

SAUL
NOMBRES

FIRMA



Chiquinquira 3143342809

HISTORIA CLINICA

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **SAUL** **OBANDO** **PARRA** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 4095015 Tipo Id CC Sexo M Fecha Nto: 11/07/50 Años 75 Meses 2

Sin dirección. Tel:3143342869. Vereda: URBANO. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Urbano. Depto: BOYACA

Vejez **Profesional:** ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: vie, 10 oct 2025 , 11:58 am **Finalidad:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

DISCAPACIAD

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 75 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, ARTRITIS REUMATOIDE SIN TTO , POP 13/05/2025 DE ARTERIOGRAFIA + ANGIOPLASTIA CORONARIA DE ARTERIA DESCENDNTE ANTERIOR CIRCUNFLEJA Y DESCENDENTE POSTERIOR + IMPLANTE DE STENT MEDICADO POR IAM SIN ELEVACION DEL ST KKI GRACE 124 , CARDIOMIOPAATIA IAQUEMICA FEVI 44%, APORTA HC DE HOSPITALIZACION RECINETE POR IAM SEST DONDE REALIZARON INTERNCION QX DESCRITA PREVIAMENTE Y CONCILIACION MEDICAMNETOSA POR CARDIOLOGOIA EL 16/05/25 , ADEMAS APORTA HC DE REUMATOLOGIA 19/05/25 DR JHON PINZON QUIENREFIERE AR A CARACTERIZAR CON ACTIVIDD CLINICA DE LA ENFERMEDAD DAS 28 NO CSLCULABLE CDAI 34 PUNTOS SIN SINOVITIS CLINCIA INDICA TERPAIA DE RESCATE YCONTROL , SS ANTI CCP FR, ACUDE PARA CONTROL DE DISCAPACIDAD ASI COMO PARA CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE Y REFORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS, MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS

Med: HIPERTENSION ARTERIAL, ARTRITIS REUMATOIDE SIN TTO , POP 13/05/2025 DE ARTERIOGRAFIA + ANGIOPLASTIA CORONARIA DE ARTERIA DESCENDNTE ANTERIOR CIRCUNFLEJA Y DESCENDENTE POSTERIOR + IMPLANTE DE STENT MEDICADO POR IAM SIN ELEVACION DEL ST KKI GRACE 124

Qx: POP 13/05/2025 DE ARTERIOGRAFIA + ANGIOPLASTIA CORONARIA DE ARTERIA DESCENDNTE ANTERIOR CIRCUNFLEJA Y DESCENDENTE POSTERIOR + IMPLANTE DE STENT MEDICADO POR IAM SIN ELEVACION DEL ST KKI GRACE 124, RMPRAZO DE RODILLA IZQUIERDA EN 2017 Y DERECHA EN 202

Hx: POR PATOLOGICOS

Tx: NIEGA

T/A: NIEGA ,

Fx: VER PLAN

Otros antecedentes:

16/09/2025 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: LA SILUETA CARDIACA, EL PEDÍCULO VASCULAR, LA VÍA AÉREA CENTRAL Y LOS HILIOS SON DE APARIENCIA NORMAL PARA LA EDAD. LA VASCULATURA PULMONAR DENTRO DE LÍMITES NORMALES. FIBROATELECTASIA DEL LÓBULO MEDIO. MICRONODULOS PREDOMINANTEMENTE EN LÓBULOS SUPERIORES, QUE PROBABLEMENTE ESTÉN RELACIONADOS A CAMBIOS DE NEUMOCONIOSIS. NO HAY OTRAS IMÁGENES DE CONSOLIDACIÓN DEL ESPACIO AÉREO, NI IMAGEN DE DERRAME PLEURAL. DENSIDAD MINERAL ÓSEA APARENTEMENTE DISMINUIDA EN CUERPOS VERTEBRALES DORSALES. ALGUNOS OSTEOFITOS ANTERIORES EN COLUMNA DORSAL.

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA

Examen físico: Signos vitales: TA:109/62 FC: 88 FR: 20 Oxi: 96 T°: 36 T cm: 165

General: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL APARIENCIA CAQUECTICA , HIDRATADO , AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ASPECTO ACORDE A LA EDAD Y ASEADO.
Específico: -CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, CARA SIMÉTRICO, PÁRPADOS MÓVILES Y SIMÉTRICOS BILATERAL, PUPILA DERECHA NORMORREACTIVAS A LA LUZ, PROTESIS OCULAR IZQUIERDA , COMISURAS LABIALES SIMÉTRICAS, MUCOSAS ORAL Y CONJUNTIVAL HÚMEDAS, ROSADA Y SIN LESIONES; CUELLO CENTRADO, MÓVIL, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATÍAS, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN.
-TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, RUIDOS CARDIACOS VELADOS , SIN SOPLOS Y CONCORDANTES CON EL PULSO EN LOS 4 FOCOS DE AUSCULTACIÓN, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , SIMÉTRICO Y SIN SOBREAGREGADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES.
-ABDOMEN: A LA INSPECCIÓN NO SE EVIDENCIA DISTENDIDO, NO SE AUSCULTAN SOPLOS EN LOS 4 CUADRANTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
-GENITOURINARIO: DIFERIDO, PUÑO PERCUSIÓN BILATERAL NEGATIVA
-EXTREMIDADES: DEFOMRDAD EN MANOS CON DESVIACION CUBILTAL DE DEDOS BILATERAL , SUPEPOSICION DE 3 Y 4 DEDODS DERECHOS , LIMITACION PARA LA EXTENSION DE ART IP PROX Y DISTAL BILATERAL ; DEMAS EXTREMDIADES HIPOTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++/++++, FM 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS EN LAS 4 EXTREMIDADES .
-NEUROLÓGICO: ALERTA, GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, COLABORADOR, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, PARES CRANEALES SIN DÉFICIT, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA, SIN REFLEJOS PATOLÓGICOSDEAMBULACION CON DISPOSITIVO DE AYUDA PARA LA MARCHA

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE MASCULINO DE 75 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, ARTRITIS REUMATOIDE SIN TTO , POP 13/05/2025 DE ARTERIOGRAFIA + ANGIOPLASTIA CORONARIA DE ARTERIA DESCENDNTE ANTERIOR CIRCUNFLEJA Y DESCENDENTE POSTERIOR + IMPLANTE DE STENT MEDICADO POR IAM SIN ELEVACION DEL ST KKI GRACE 124 , CARDIOMIOPAATIA IAQUEMICA FEVI 44%, ADEMAS REEMPLAZO DE RODILLAS BILATERAL Y PROTESIS OCUALRDERECHA , PORTA HC DE HOSPITALIZACION RECINETE POR IAM SEST DONDE REALIZARON INTERNCION QX DESCRITA PREVIAMENTE Y CONCILIACION MEDICAMNETOSA POR CARDIOLOGOIA EL 16/05/25 , ADEMAS APORTA HC DE REUMATOLOGIA 19/05/25 DR JHON PINZON QUIENREFIERE AR A CARACTERIZAR CON ACTIVIDD CLINICA DE LA ENFERMEDAD DAS 28 NO CSLCULABLE CDAI 34 PUNTOS SIN SINOVITIS CLINCIA INDICA TERPAIA DE RESCATE YCONTROL , SS ANTI CCP FR, ACUDE PARA CONTROL DE DISCAPACIDAD ASI COMO PARA CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE Y REFORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS, MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CEFALEA INTENSA, NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DOLOR TORÁCICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS. A LA VALORACION PACIENTE ALERTA , ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIGNOS VITALES NORMALES , NORMOTENSO , FC EN METAS AFEBRIL , SAT EN METAS APARIENCIA CAQUECTICA , PUPILA DERECHA NORMORREACTIVAS A LA LUZ, PROTESIS OCULAR IZQUIERDA , DEAMBULACION CON DISPOSITIVO DE AYUDA PARA LA MARCHA DEFOMRDAD EN MANOS CON DESVIACION CUBILTAL DE DEDOS BILATERAL , SUPEPOSICION DE 3 Y 4 DEDODS DERECHOS , LIMITACION PARA LA EXTENSION DE ART IP PROX Y DISTAL BILATERA , AUSCULTACION CARDIOPULMONAR NORMAL , DEMAS NORMAL. CONSIDERO:
1. PACIENTE CON MULTIPLES COMORBILIDADES EN POP RECIENTE DE ANGIOPLASTIA + STENT CORONARIO SE REALZIA CONCILIACION MEDICMANEOTSA INDICADA POR CARDIOLOGIA PENDIENTE CONTROL
2. AR ACTIVA SE REALZIA CONCILIACION MEDICMANENTOSA INDICADA POR REUMATOLOGIA , CONTROL EL 21/10/2025
3. DISCAPACIDAD FISICA DEPENDENCIA MODERADA (BARTEHL 60 PUNTOS -MODIFICADO DE 12 PUNTOS) , ESCALA DE LAWTON Y BRODY DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA 1 PUNTO TOTALMENTE DEPENDINETE, APGR FAMILIAR 18 ; DEBIDO A :
3.1 . DEFORMIDAD EN MANOS BILATERAL DEBIDO A DESVIACION RADIAL DE DEDOS QUE LIMITA ACTIVIDADES DE MTRICIDAD FINA,
3.2. POP DE RREMPLAZO DE RODILLAS BILATERAL
3.3. CEGUERE OCULAR IZQUIERDA SECUNDARIA A EVICERACION + PROTESIS OCULAR IPSILATERAL
3. ANTE EMACIACION PENDINETE VALORAICON POR NUTRICION
4. CONTROL EN UN MES CON RESULTADO SOLICITADOS POR ESPECIALIDADES E HC SI ES VALROADO POR ELLAS , SE DAN CLAROS SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES.

CONCILIACION MEDICAMENTOSA DRA LISBETH MORALES CARDIOLOGIA 16/05/2025
CLOPIDOGREL 75 MG DIA
ROSUVASTATINA 40 M,G DIA
RIVAROXABAN 15 MG DIA
EMPAGLIFOZINA 10 MG DIA
ESPIRONOLACTONA 25 MG DIA
METROTEXATE 2.5 MG ADMINISTRAR 5 MG CADA 7 DIAS
ACIDO FOLICO 1 MG DIA
PROPAFENONA 150 MG DIA , TOMARUNA TAB EN CASO DE DOLOR TORÁCCICO O PALPITACIONES
LEFLUNOMIDA 20 MG DIA
METFORMINA 850 MG DIA
MTOPROLOL 50 MG CADA 12 H
AMIODARONA 200 MG DIA

H DE ALIMINIO 1 CUCHARADA DESPUES DE CADA COMIDA
METOCLOPRAMIDDA 10 MG CADA 8 H SI NAUSEAS O EMESIS **SOLO SI SINTOMAS **

PENDINETE:CONTROL POR CARDIOLOGIA NEFROLOGIA Y MED INTERNA
SS / VALRACION POR NUTRICION

REUMATOLOGO 19/05/25 DR JHON PINZON
METROTEXATE 2.5 MG 3 TAB VO EL SABADO Y 3 TAB VO EL DOMINGO
ACIDO FOLICO 1 MG VO DIA
CARBONATO DE CALCIO + VIT D 600 /200 MG 1 TAB DIARIA
LEFLUNOMIDA 20 MG DIA

PENDIENTE : ACCP, FR , VSG, PCR , AST, ALT , PO , CRS , OSTEOSENSITOMETRIA

Dx ppal: Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIO **Dx rel 1:** M069 ARTRITIS REUMATOIDE NO ESPECIFICADA

Dx rel 2: H544 CEGUERA MONOCULAR **Dx rel 3:** I213 INFARTO TRANSMURAL AGUDO DEL MIOCARDIO DE SIT

Remisión a:

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **SAUL** **OBANDO** **PARRA** EPS **NUEVA EPS SUBSI**

N° Identidad: 4095015 Tipo Id CC Sexo M Fecha Nto: 11/07/50 Años 75 Meses 2

Sin dirección. Tel:3143342869. Vereda: URBANO. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Urbano. Depto: BOYACA

Vejez **Profesional:** ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: vie, 10 oct 2025 , 11:58 am **Finalidad:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

ZAHIRA CHAVEZ - MEDICINA GENERAL

Zahira Kalit Chávez Torres
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

Registro : Cédula 1007652485 Digitada: vie, 10 oct 2025 , 11:58 am

Imprime : 1 1 1 1 vie, 10 oct 2025 12:00 pm CITAS

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	10/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)			JOSE DE JESUS PORRAS RAMOS				
Tipo de Documento	CC		Número de documento	74260066			
Dirección							
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR		Teléfono	3208986330			
Correo Electrónico							
Cuenta con certificado de discapacidad			Si		No	X	
EPS	NUEVA EPS		Tipo de régimen	SUBSIDIADO			
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)							
Tipo de Documento			Número de documento				
Parentesco							
Municipio			Teléfono				
Correo Electrónico							

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1402652**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada	Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono	3118546589			
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

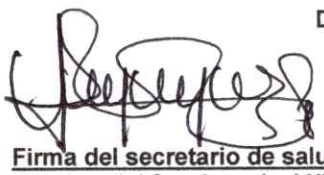
La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN



Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO