

FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS, INSUMOS Y/O SUMINISTROS

PROYECTO: Discapacidad.

FECHA: Diciembre 5 de 2025

DEPENDENCIA: Salud pública y Red de Salud del Centro ESE.

Nombre	Alonso Jaramillo
No. De identificación	6082914
Numero de contacto 1	315 692 0606
Número de contacto 2	315 551 4043
Dirección de residencia	Cra 1E #59-6-4
Barrio	Almendros
Comuna	5

DETALLE DE LA ENTREGA:

No.	INSUMO	CANTIDAD	UNIDAD
1	Suplemento	1	Tarro x 800Grs
2	Crema humectante piel	2	1 litro
3	Pañitos húmedos	2	Paquete x 100u
4	Pañales para persona reducida	4	Paquete por 21u
5	Toalla	1	Unidad
6	Guantes	2	Caja x 100 pares
7	Empaque del kit	1	Bolsa

DATOS DE QUIEN RECIBE:

Nombre Maria del Carmen No. De identificación 38437036

Rol Enfermera

Firma Maria del Carmen

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallende - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia. Distrito Especial de Santiago de Cali - Valle- PBX: (+57 602) 3120930
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA
SERVICIO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

6.082.914

JARAMILLO

ALFONSO

Alfonso Jaramillo

RECIBO DE IDENTIFICACIÓN 25-MAR-1941

ZARZAL
(VALLE)

1.61

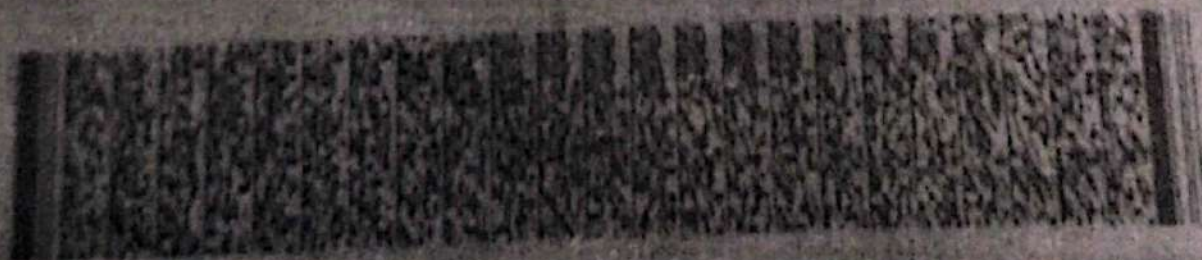
A+

M

26-SEP-1952 CALI

EXPEDIENTE DE IDENTIFICACIÓN

MINISTERIO DE DEFENSA
SERVICIO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN



6.082.914 07207423 M 0019600014 20160100

0019600014

MINISTERIO DE DEFENSA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **38.437.036**

ORTEGA
APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN
NOMBRES

Maria del Carmen O
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-OCT-1958**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

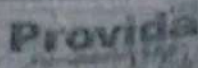
30-JUL-1977 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO RACHA



A-3100150-00667857-F-0038437036-20161124 0052283084A 1 2864174435

COLOMBIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Produced by COSMOS ENTERTAINMENT
Produced by

References

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Código: CC 6002914

JARAMILLO ALFONSO

H. 83 Años (25-Mar-1941)

La seguridad social: Régimen Subsidiado

Empresa: ESS COOSALUDERS S.A. Nivel: NIVEL 1

Número de afiliación:

Con cargo a: Régimen: Subsidiado - Empresa: ESS COOSALUDERS S.A. Nivel: NIVEL 1

Nº. Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN

Etnia (Indígena-Romero): Residencia: CALLE 45 NO 45-59 - Teléfono: 3154590005 - Correo electrónico: remedioaviv@gmail.com, Barrio: Popular 1704

Comunal: COMUNA 04, Zona: Norte - Municipio: (76001) Santiago de Cali

De urgencia avisar a: ALFONSO JARAMILLO () - Dirección: - Teléfono: 3154590005

Fecha de creación: 28-Jun-2024 08:04 am: 83 Años

0772

Fecha de creación: 28-Jun-2024 08:04 am

EVOLUCIÓN

MANEJO

ESTÁ EN BUENAS CONDICIONES GENERALES APARENTES
TRATANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN COMPANÍA DE FAMILIAR,
PACIENTE COLABORADOR, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y
AL BUENA PRODUCCIÓN IDEOVERBAL INTERVALO PREGUNTA
STA ADECUADO, EUMNESICO, EUPROSEXICO, AFECTO MODULADO
NO ANSIOSO. LENGUAJE COHERENTE PENSAMIENTO DE CURSO
AL MOMENTO NIEGA ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS NO
ONA INTERCEPTADO, NIEGA IDEAS DE MUERTE, NIEGA IDEAS DE
HETEROAGRESIÓN, CON CONCIENCIA DE SITUACIÓN Y
EDAD

TOMA 25 MG 2 TAB E TM

OL EN 3 MESES

CIÓN POR GERIATRÍA

RECOMENDACIONES:

PAR EJERCICIO, NO CONSUMIR BEBIDAS OSCURAS QUE TENGAN
TE O BEBIDAS ENERGIZANTES, NO CONSUMIR LICOR.
ABANDONAR EL TRATAMIENTO
MEDICAMENTOS DEBEN SER GUARDADOS Y SUMINISTRADOS POR
O RESPONSABLE.
ERE REALIZAR ACTIVIDADES NOCTURNAS, USAR MAQUINARIA NI
PAR ACTIVIDADES QUE PONGA EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE
EMAS.
REALIZAR ACTIVIDADES CON ALTA CARGA EMOCIONAL O FÍSICA.
CONducir VEHÍCULOS HASTA NO ESTAR SEGURO DE LA
ANCIA AL MEDICAMENTO Y EL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS

R POR URGENCIAS EN CASO DE
ORAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS.

VIDAD.

SUICIDAS.

NACIONES

ONIO

DA DEL APETITO.

OS DEL COMPORTAMIENTO.

PACIENTE CON DX PREVIO DE DEMENCIA AHORA CON MEJORA EN SU
COMPORTAMIENTO Y CONDUCTAS ADECUADO PATRON DE SUEÑO, P
QUE AJUSTO DOSIS DE QUETIAPINA, SE CONTINUA IGUAL MANEJO.
REALIZA PSICOEDUCACION REPIERE ACEPTAR Y ENTENDER CONTAR
MESES

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010826003-DPS-647023

Principal de consulta: [F03X] DEMENCIA , NO ESPECIFICADA - Con
repetido

Servicio de egreso: 1001 CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRÍA

En internación

No se hicieron Remisiones

** INFORMACION AL PACIENTE **

INFORMACION AL PACIENTE

En Oportunidad de Vida SAS, queremos por informarle a nuestros usuarios
sus deberes y derechos, así como también los alcances del programa
negatividad del paciente, durante el proceso de atención.

Se informa al paciente sobre los acciones de promoción y, prevención
salud, de acuerdo a su ciclo vital y a los criterios del G.EAFB a la que
pertenece.

REMISION A PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA
HA PRESENTADO LOS SIGUIENTES SINTOMAS ANSIEDAD, ANGUS
DEPRESION E IDEAS SUICIDAS, PUEDE COMUNICARSE A TRAVES
LINEA 106 DE ORIENTACION PSICOSOCIAL

PROGRAMA DEL ADULTO: PROGRAMA DIRIGIDO A TODA LA POB
AFILIADA MAYOR DE 45 AÑOS POR QUINQUENIO (45, 50, 55, 6
75, 80 Y MÁS).

LOS INEVITABLES EVENTOS QUE APARECEN EN LA TERCERA ADUL
CONSIGO UN AUMENTO DEL RIESGO DE PADecer DE ENFERME
CRÓNICAS o CONSULTA MÉDICA PARA LA BUSQUEDA DE FACT
RIESGO RELACIONADOS CON ALGUNAS ENFERMEDADES o TERC
LECTURA DE:

LABORATORIOS: ADICIONAL A LA VALORACION DEL MEDICO
ADULTO MAYOR DE 45 AÑOS DEBE TENER MÍNIMO EL RESULT
SIGUIENTES EXÁMENES DE LABORATORIO, BÁSICOS PARA LA
TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES EN ESTE GRUPO POBLACIONAL