

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	Juan Steban Narvaez Chavez
No. De identificación	1108566413.
Numero de contacto 1	3217133730
Número de contacto 2	
Dirección de residencia	Cra 29I H32-22
Barrio	Villanueva
Comuna	12

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 Alba Torres Lopez No. De identificación 25517681

Rol Abogada

Firma Alba Torres Lopez

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - 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
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.108.566.413
NARVAEZ CHAVEZ

APELLIDOS
JUAN STEBAN
NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO
12-JUN-2026

FECHA DE VENCIMIENTO
23-SEP-2015 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

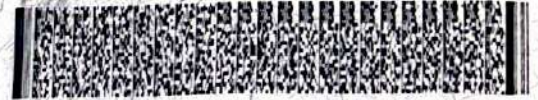
12-JUN-2008

B+

M

G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-3100100-01247306-M-1108566413-20210802

0075145158A 1

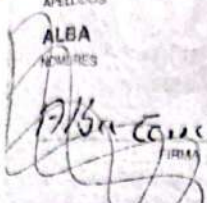
9916446274

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
25.517.681

NUMERO
TORRES LOPEZ
APELLIDOS
ALBA
NOMBRES

Alba Torres Lopez







FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1961
MERCADERES
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-JUL-1986 MERCADERES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



A-3100100-6515884-F-0025517681-20070729 0099907210N 02 242217920



HISTORIA CLINICA

PACIENTE: JUAN STEBAN NARVAEZ CHAVEZ	IDENTIFICACION: TI 1108566413	HC: 1108566413 - TI
FECHA DE NACIMIENTO: 12/6/2008	EDAD: 10 años 10 mes(es)	SEXO: M TIPO AFILIADO: Beneficiario
RESIDENCIA: TRAV 28#32-21 B/ VILLANUEVA	VALLE DEL CAUCA-CALI	TELEFONO: 4381375-3106264147
NOMBRE ACOMPAÑANTE: diana chavez	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 30/4/2019 - 14:14:30	FECHA EGRESO: 30/4/2019 - 15:23:29	CAMA:
DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA	SERVICIO: AMBULATORIO	
CLIENTE: ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS	PLAN: EMSSANAR REGIMEN SUBSIDIADO 2018	

Extremidades	NORMAL
Piel y Faneras	NORMAL
Torax	NORMAL

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS				
CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	DESCRIPCION DX	ESTADO
G409	CONFIRMADO REPETIDO	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO		

ORDENES MEDICAS			
FECHA	USUARIO	HORA	DESCRIPCION
2019-04-30	CRISTIAN ANDRES ROJAS CERON (NEUROLOGO INFANTIL)	15:21	ANALISIS: PACIENTE CON HEMIPRESIA IZQ, LESION CEREBRAL ESTRUCTURAL Y EPISLEPSIA SECUNDARIA. EN CONTROL DE CRISIS CON VALPROICO. SE RECOMIENDA CONTINUAR TERAPIAS DE NEURODESARROLLO: FISICA, OCUPACIONAL Y LENGUAJE 3 SESIONES POR SEMANA #36 SESIONES. CONTROL EN 3 MESES. -SE DISMINUYE A VALPROICO TAB X 250 MG, DAR 1 TABLETA VO CADA 12 HORAS (15 MG/KG/DIA), POR EVOLUCION FAVORABLE Y EEG NORMAL -CONTROL EN 3 MESES -VALORACION POR OFTALMOLOGIA
		15:22	Solicitud Proc No Qx: 890376-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA **Obs: ANALISIS: PACIENTE CON HEMIPRESIA IZQ, LESION CEREBRAL ESTRUCTURAL Y EPISLEPSIA SECUNDARIA. EN CONTROL DE CRISIS CON VALPROICO. SE RECOMIENDA CONTINUAR TERAPIAS DE NEURODESARROLLO: FISICA, OCUPACIONAL Y LENGUAJE 3 SESIONES POR SEMANA #36 SESIONES. CONTROL EN 3 MESES. -SE DISMINUYE A VALPROICO TAB X 250 MG, DAR 1 TABLETA VO CADA 12 HORAS (15 MG/KG/DIA), POR EVOLUCION FAVORABLE Y EEG NORMAL -CONTROL EN 3 MESES -VALORACION POR OFTALMOLOGIA
		15:22	Solicitud Proc No Qx: 890375-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA **Obs: ANALISIS: PACIENTE CON HEMIPRESIA IZQ, LESION CEREBRAL ESTRUCTURAL Y EPISLEPSIA SECUNDARIA. EN CONTROL DE CRISIS CON VALPROICO. SE RECOMIENDA CONTINUAR TERAPIAS DE NEURODESARROLLO: FISICA, OCUPACIONAL Y LENGUAJE 3 SESIONES POR SEMANA #36 SESIONES. CONTROL EN 3 MESES. -SE DISMINUYE A VALPROICO TAB X 250 MG, DAR 1 TABLETA VO CADA 12 HORAS (15 MG/KG/DIA), POR EVOLUCION FAVORABLE Y EEG NORMAL -CONTROL EN 3 MESES -VALORACION POR OFTALMOLOGIA

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS	
ACIDO VALPROICO 250mg CAPSULA - 0101021295 (VALPROICO ACIDO)	
VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL	CRISTIAN ANDRES ROJAS CERON (NEUROLOGO INFANTIL) FORMULÓ: CERON (NEUROLOGO INFANTIL) MEDICAMENTO POS,
DOSIS	
CANTIDAD	
DÍAS TRATAMIENTO	
1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s)	
240 CAPSULA POR 250mg	
120 DIA(S)	

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: JUAN STEBAN NARVAEZ CHAVEZ	IDENTIFICACION: TI 1108566413	HC: 1108566413 - TI
FECHA DE NACIMIENTO: 12/6/2008	EDAD: 10 años 10 mes(es)	SEXO: M
RESIDENCIA: TRAV 28#32-21 B/ VILLANUEVA	VALLE DEL CAUCA-CALI	TIPO AFILIADO: Beneficiario
NOMBRE ACOMPAÑANTE: diana chavez	PARENTESCO:	TELEFONO: 4381375-3106264147
FECHA INGRESO: 30/4/2019 - 14:14:30	FECHA EGRESO: 30/4/2019 - 15:23:29	TELEFONO:
DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA	SERVICIO: AMBULATORIO	CAMA:
CLIENTE: ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS	PLAN: EMSSANAR REGIMEN SUBSIDIADO 2018	

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2019-04-30	<p>15:19 CRISTIAN ANDRES ROJAS CERON (NEUROLOGO INFANTIL)</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : *****NEUROLOGIA INFANTIL***** JUAN STEBAN NARVAEZ CHAVEZ Edad: 10 años, 10 meses. ACOMPAÑANTE: DIANA (madre), op/ cali, ESCOLARIDAD: PRIMERO. IDX: 1. DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE (CIT 56 17/08/2018)2. EPILEPSIA ESTRUCTURAL 3. HEMIPARESIA IZQUIERDA TTO: VALPROICO, TAC CRANEO 14/10/2016: LEUCOMALACIA Y GLIOSIS PARIETAL DERECHA. EEG 14/03/2019: SIN ALTERACIONES. SUBJETIVA: ULTIMA CRISIS HACE 2 AÑOS. PENDIENTE ESCOLARIZAR. NO SINTOMAS DEPRESIVOS, DUERME BIEN. EXAMEN NEUROLOGICO: PESO: 32.5 KG. ALERTA, ORIENTADO, HEMIPARESIA IZQUIERDA. PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES. MARCHA AGAZAPADA. HIPERREFLEXIA IZQUIERDA.</p>

SIGNOS VITALES								
Tension Arterial	Frecuencia Cardiaca	Temperatura	Frecuencia Respiratoria	Peso	Talla	Masa Corporal	Perimetro Abdominal	Perimetro Cefalico
/				32.50				

EXAMEN FISICO/MENTAL		
USUARIO		FECHA
CRISTIAN ANDRES ROJAS CERON (NEUROLOGO INFANTIL)		2019-04-30
TIPO SISTEMA	VALORACION	HALLAZGO
Neurologico	ANORMAL	EXAMEN NEUROLOGICO: PESO: 32.5 KG. ALERTA, ORIENTADO, HEMIPARESIA IZQUIERDA. PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES. MARCHA AGAZAPADA. HIPERREFLEXIA IZQUIERDA.
Nervioso Central y Periferico	NORMAL	
Organos de los Sentidos	NORMAL	
CardioVascular	NORMAL	
Respiratorio	NORMAL	
GastroIntestinal	NORMAL	
GenitoUrinario	NORMAL	
OsteoMuscular	NORMAL	
Esfera Mental	NORMAL	
Piel	NORMAL	
Sistema Endocrino	NORMAL	
General	NORMAL	
Cabeza y Cuello	NORMAL	
Cardiopulmonar	NORMAL	
Mamas	NORMAL	
Abdomen	NORMAL	
Ginecologico	NORMAL	

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: JUAN STEBAN NARVAEZ CHAVEZ -		IDENTIFICACION: TI 1108566413		HC: 1108566413 - TI	
FECHA DE NACIMIENTO: 12/6/2008		EDAD: 10 años 10 mes(es)		SEXO: M	
RESIDENCIA: TRAV 28#32-21 B/ VILLANUEVA		VALLE DEL CAUCA-CALI		TELEFONO: 4381375-3106264147	
NOMBRE ACOMPAÑANTE: diana chavez		PARENTESCO:		TELEFONO:	
FECHA INGRESO: 30/4/2019 - 14:14:30		FECHA EGRESO: 30/4/2019 - 15:23:29		CAMA:	
DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA		SERVICIO: AMBULATORIO			
CLIENTE: ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS		PLAN: EMSSANAR REGIMEN SUBSIDIADO 2018			

TIPO	CARGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD SOLICITADA								
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	1								
	OBSERVACIÓN	ANALISIS: PACIENTE CON HEMIAPRESIA IZQ, LESION CEREBRAL ESTRUCTURAL Y EPISLEPSIA SECUNDARIA. EN CONTROL DE CRISIS CON VALPROICO. SE RECOMIENDA CONTINUAR TERAPIAS DE NEURODESARROLLO: FISICA, OCUPACIONAL Y LENGUAJE 3 SESIONES POR SEMANA #36 SESIONES. CONTROL EN 3 MESES. -SE DISMINUYE A VALPROICO TAB X 250 MG, DAR 1 TABLETA VO CADA 12 HORAS (15 MG/KG/DIA), POR EVOLUCION FAVORABLE Y EEG NORMAL -CONTROL EN 3 MESES -VALORACION POR OFTALMOLOGIA									
	DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS	<table><tr><td>PRIMARIO</td><td>TIPO DX</td><td>CODIGO</td><td>DIAGNOSTICO</td></tr><tr><td>☒</td><td>☒</td><td>G409</td><td>EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO</td></tr></table>	PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	☒	☒	G409	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	
	PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO							
☒	☒	G409	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO								
SOLICITUD AMBULATORIA	[NO]										
TIPO	CARGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD SOLICITADA								
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1								
	OBSERVACIÓN	ANALISIS: PACIENTE CON HEMIAPRESIA IZQ, LESION CEREBRAL ESTRUCTURAL Y EPISLEPSIA SECUNDARIA. EN CONTROL DE CRISIS CON VALPROICO. SE RECOMIENDA CONTINUAR TERAPIAS DE NEURODESARROLLO: FISICA, OCUPACIONAL Y LENGUAJE 3 SESIONES POR SEMANA #36 SESIONES. CONTROL EN 3 MESES. -SE DISMINUYE A VALPROICO TAB X 250 MG, DAR 1 TABLETA VO CADA 12 HORAS (15 MG/KG/DIA), POR EVOLUCION FAVORABLE Y EEG NORMAL -CONTROL EN 3 MESES -VALORACION POR OFTALMOLOGIA									
	DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS	<table><tr><td>PRIMARIO</td><td>TIPO DX</td><td>CODIGO</td><td>DIAGNOSTICO</td></tr><tr><td>☒</td><td>☒</td><td>G409</td><td>EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO</td></tr></table>	PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	☒	☒	G409	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	
	PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO							
☒	☒	G409	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO								
SOLICITUD AMBULATORIA	[NO]										

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general
-----------------------	--------------------

FINALIDAD DE LA ATENCION
No aplica

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	PRINCIPAL

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: JUAN STEBAN NARVAEZ CHAVEZ	IDENTIFICACION: TI 1108566413	HC: 1108566413 - TI
FECHA DE NACIMIENTO: 12/6/2008	EDAD: 10 años 10 mes(es)	SEXO: M
RESIDENCIA: TRAV 28#32-21 B/ VILLANUEVA	VALLE DEL CAUCA-CALI	TIPO AFILIADO: Beneficiario
NOMBRE ACOMPAÑANTE: diana chavez	PARENTESCO:	TELEFONO: 4381375-3106264147
FECHA INGRESO: 30/4/2019 - 14:14:30	FECHA EGRESO: 30/4/2019 - 15:23:29	TELEFONO:
DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA	SERVICIO: AMBULATORIO	CAMA:
CLIENTE: ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS	PLAN: EMSSANAR REGIMEN SUBSIDIADO 2018	

G409	IMPRESION DIAGNOSTICA	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	☒
EVOLUCIONES			
FECHA	EVOLUCIONES		
2019-04-30	15:20 crojas - CRISTIAN ANDRES ROJAS CERON ESPECIALIDAD: NEUROLOGO INFANTIL VER PLAN		

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION


Christian Andres Rojas C.
Pediatra - Neurologo Infantil
Univale R.M. 1055718

PROFESIONAL: CRISTIAN ANDRES ROJAS CERON
CC - 94062959 TP. 19-5216
ESPECIALIDAD: NEUROLOGO INFANTIL

Imprimió: HARRISON CAICEDO PEREZ - hcaicedo

Fecha Impresión : 2019/4/30 - 15:33:57

**** Documento firmado digitalmente ****

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
RICARDO ALFREDO SANCHEZ MEJIA	Medicina	CC-1116242471
JAIME EDUARDO SANCHEZ MEJIA	Fisioterapia	CC-1144040264
CARLOS ALBERTO NARANJO REVELO	Psicología	CC-94327371

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, JUAN STEBAN NARVAEZ CHAVEZ manifiesto que: SI
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Alba Esmar Lapel 95517681 abuela.
Nombre y Firma Documento: TI-1108566413

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

SI



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

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JUAN	STEBAN	NARVAEZ	CHAVEZ

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacimiento	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carta diplomática	Permiso especial
			X					

Número de documento de identidad: 1108566413

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha
ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL	Año: <u>2021</u> Mes: <u>12</u>

2.3 Departamento	2.4 Municipio
VALLE DEL CAUCA	CALI

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	75.
Movilidad	75.
Cuidado Personal	56.
Relaciones	60.
Actividades de la Vida Diaria	72.
Participación	75.
GLOBAL	68.

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Códigos Funciones Corporales
b139.3 b189.3

2. Códigos Estructuras Corporales
s110.388 s770.382

3. Códigos Actividades y Participación
d155.3 d598.3 d910.3