

## 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                  | Cristian Andres Ruiz. |
| No. De identificación   | 1.109.543.159.        |
| Numero de contacto 1    | 312 806 17 83         |
| Número de contacto 2    |                       |
| Dirección de residencia | Cra 6 # 329 - 75      |
| Barrio                  | San fernando          |
| Comuna                  | 19.                   |

### 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 61✓ |
| 5   | Toalla                        | 1        | Unidad              |
| 6   | Guantes                       | 2        | Caja x 100 pares    |
| 7   | Empaque del kit               | 1        | Bolsa               |

### DATOS DE QUIEN RECIBE:

Nombre Edgar Leon No. De identificación 76226079

Rol andador

Firma Edgar

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Sede Administrativa - IPS Diego Laínde - 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

"Por una salud más cercana, con excelencia y amor"

81405 027 061 3

CÉDULA DE  
CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUP 1.109.543.159

Apellidos  
RUIZ

Nombre  
CHRISTIAN ANDRES

Nacionalidad  
COL

Expedida  
1.88

Sexo  
M

Fecha de expedición  
15 ENE 2005

Edad  
33

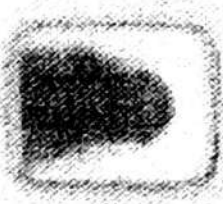
Grupos  
O+

Lugar de nacimiento  
CAU (VALLE)

Fecha de vencimiento  
13 FEB 2023 CAU

Fecha de expedición  
14 FEB 2008

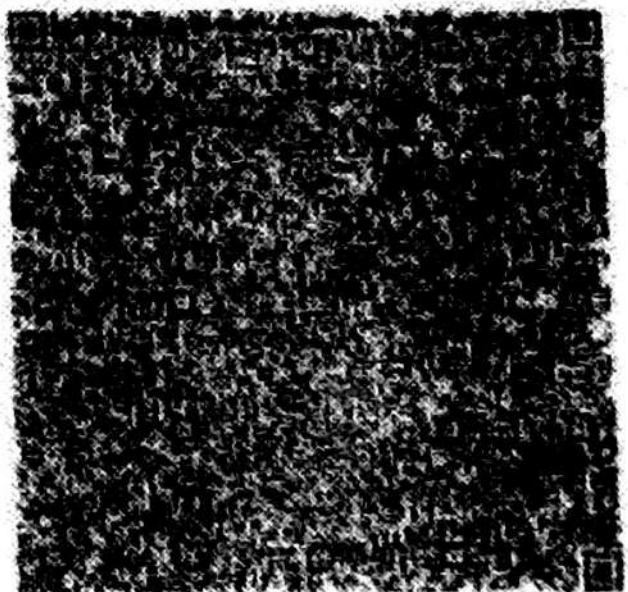
PRO FOLIO



8



RECEIVED NATIONAL  
ARCHIVES



Powered by  CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

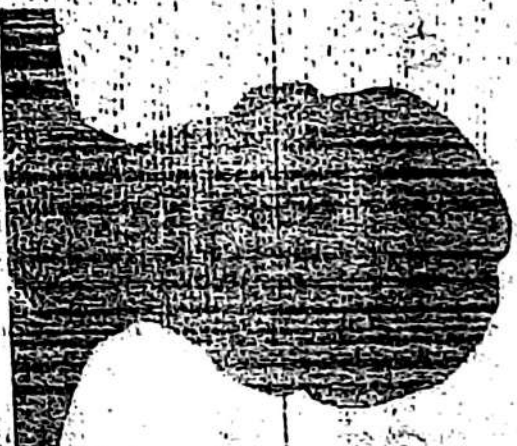
NUMERO 76.226.079

APellidos LUCIO CAMPO

NombreS EDUARD FERNANDO

FIRMA

*Eduard F Lucio*



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1985

BUENOS AIRES  
(CAUCAY)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

0+

G.S. RH.

SEXO

22-ENE-2004 BUENOS AIRES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRO NACIONAL  
ANDREA HILZ MENDOZA LOPEZ



R-1101000-70143017-M-0076226079-20051209

0024105341H-02-880067970

# S MEDICAL SOLUTIONS SAS

61856 - 4

habilitación: 760011522001

ESTE # 2-22, CALI - VALLE DEL CAUCA - Tel: 3156388756



PACIENTE: CRISTIAN ANDRES RUIZ (1109543159)

Identificación CC 1109543159  
 Fecha nac. 15/01/2005  
 Sexo al nacer Hombre  
 Edad 17 años  
 Tel. 3167563613 - 3167563613 Ingreso  
 Dirección calle 5b2 #37A-75 SAN FERNANDO  
 Municipio CALI  
 Departamento VALLE DEL CAUCA  
 Tipo de zona Zona Urbana  
 Acomp.: LUZ JANETH BERNAL - Contacto de emergencia

ADMISION No. 223  
 Fecha admisión 2/11/2022, 11:20:00 a. m.  
 Ubicación CALI CRONICOS  
 Clase de Domiciliario crónico  
 Ingreso Atención Cuidado Domiciliario  
 Origen Medicina General.  
 Servicio Consulta externa  
 Grupo de servicios  
 Contrato EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.  
 NIT 901021565  
 Plan- Beneficiario EMSSANAR PGP SUBSIDIADO

## EVOLUCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA UBICACIÓN: CALI CRÓNICOS. FECHA EVENTO: 30/08/2025 3:11:00 p. m.

Subjetivo

- PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS:
- PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
- TRASTORNO DEL HABLA Y LENGUAJE
- USUARIO DE GASTROSTOMÍA
- FÓRMULA MÉDICA
- HALOPERIDOL 2MG/ML: 2 GOTAS AM, 2 GOTAS TARDE, 8 GOTAS NOCHE
- ESOMEPRAZOL 20 MG: 1 TAB CADA 12H → 60 POR MES
- POLIETIL ENGLICOL 0.0% COLIRIO: 1 GOTA C/6H AMBOS OJOS → 1 FCO MENSUAL, 3 FC. EN 3 MESES
- ÁCIDO VALPROICO JARABE 120 ML: 5 CC CADA 12H → 3 FRASCOS MENSUAL, 9 EN 3 MESES
- SULFATO FERROSO 300 MG: 1 TAB DIARIA → 30 MENSUAL, 90 EN 3 MESES
- INSUMOS
- PAÑALES TALLA M: 5 DIARIOS → 150 POR MES, 450 POR 3 MESES
- PAÑITOS HÚMEDOS (100 UND): 3 PAQUETES/MES → 9 EN 3 MESES
- ÓXIDO DE ZINC 25% (500 G): 2 FRASCOS/MES → 6 EN 3 MESES
- GUANTES CRUDOS TALLA M (100 UND): 6 CAJAS EN 3 MESES
- CREMA HUMECTANTE 750 ML: 2 FRASCOS/MES → 4 EN 2 MESES
- KIT DE GASTROSTOMIA
- JERUNGA ENFIT 20 ML #12 POR MES ENTREGA UNICA
- JERUNGA ENFIT 60 ML #12 POR MES ENTREGA UNICA
- GASAS ESTERILES 5X5 #60 POR MES 180 POR 3 MESES
- MOTIVO DE CONSULTA: "CONTROL MÉDICO DOMICILIARIO"
- ENFERMEDAD ACTUAL:
- PACIENTE DE 18 AÑOS INSTITUCIONALIZADO EN EL INSTITUTO TOBIÁS EMANUEL, BAJO PROTECCIÓN DEL ICBF, ACOMPAÑADO POR AUXILIAR EDUARDO, LE REALIZAON CAMBIO DE BOTON EN JULIO, ESTUVO EN CONTROL CON ODONTOLOGIA ESTE MES QUE INDICO CONTROL ENERO, TIENE CITA CON ORL SEPT, FISATRIRA POR AGENAR, SEOLICITA RENOVACION DE CONTROL CON PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA, NTEGA CONVULSIONES, NO PROBELMSA CON GASTROSTOMIA

Revisión por sistemas  
 Sistema  
 Cabeza/Cuello año día  
 Cardiopulmonar

No vértigo, no masas  
 No disnea, no palpitaciones

Anotaciones

No refiere  
 X  
 Refiere

X

VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SALUD  
 Impresión: MARCELA VALENCIA CASTRILLON Fecha Imp: 16/09/2023 9:40:00 a. m.  
 Generado por: COMEDISYS - Rueda social: WELLI COLOMBIA SAS NIT: 900.711.6943