

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	Manu Helba Murena Roman
No. De identificación	24088660
Numero de contacto 1	3155037205
Número de contacto 2	3155585004.
Dirección de residencia	Cra 12 #4 - 54.
Barrio	Santo Rosa
Comuna	03

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 <i>si aplica</i>
5	Toalla	1	Unidad
6	Guantes	2	Caja x 100 pares
7	Empaque del kit	1	Bolsa

DATOS DE QUIEN RECIBE:

Nombre Jaqueline No. De identificación 16623570

Rol Asistente

Firma Jaqueline

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 29.088.660

NOREÑA ROMAN

APELLIDOS

MARIA MELBA

NOMBRES

[Handwritten signature]

MARIA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1931

SALAMINA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

O+

F

ESTATURA

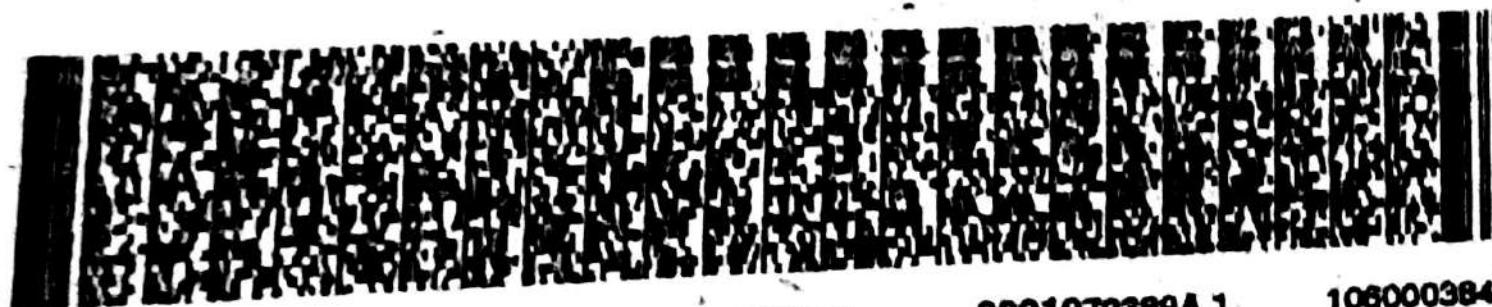
G.S. RH

SEXO

31-OCT-1961 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3100100-00044261-F-0029088860-20080811

0001972389A 1

1080003842

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.623.570

GONZALEZ LATORRE

APELLIDOS

DAGOBERTO

NUMERO



Dago Roberto Gonzalez Latorre

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1957

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

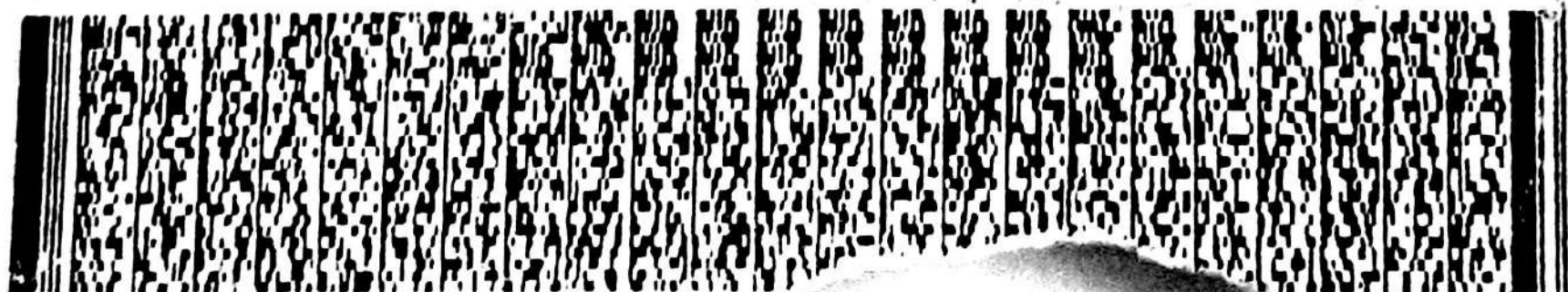
1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

30-JUL-1977 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



EXPIRACION DE VALOR

FUNDACION HOMERLID EPS

Historia clínica 2000001

NIT 99024952-1

Dirección CALLE 45 8 # 6 - 39

Teléfono 3155837205

Email funderarion2@fundacionhomerlid.com

Identificación CC
29000000

Paciente MARIA MELBA MONTEA ROMAN

Fecha de nacimiento
20/07/1931

Educ 92

Sexo F

Régimen CONTRIBUTIVO

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S

Dirección CR 12 9 59

Estado civil

Ocupación

Ciudad CALI

Barrio SANTA ROSA

Zona Urbana

Estrato

E-mail N/A

Departamento VALLE DEL CAUCA

Teléfono 3189340 - 3155837205

El Afiliación

Responsable N/A

Parentesco Otro

Teléfono

Tipo vinculación CONTRIBUTIVO

CIE-10: F03X - DEMENCIA, NO ESPECIFICADA

Evolución de MEDICINA GENERAL

Fecha / hora de atención 18/04/2024 16:18 Fecha de digitalización 18/04/2024 16:38 Tipo de admisión

Signos vitales

T.A. (mmHg) 130/80 F-C (x/min) 80 F-R (x/min) 20 T (°) 35 S.O (%) 95 Glucemia (mg/dl)
Talla (m) Peso (kg) IMC (kg/m²)

Diagnósticos

De entrada G20X

ENFERMEDAD DE PARKINSON

De salida E039

HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO

Evoluciones

PACIENTE DE 92 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD DE PARKINSON, TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, HIPOTIROIDISMO, ANTECEDENTE DE HYDA, ARTRITIS REUMATOIDEA, INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL, SE REALIZA VISITA MEDICA DOMICILIARIA, EN ESTE MOMENTO PACIENTE ACTIVA, EN RECUPERACION DE INFECCION URINARIA EN ADECUADA RECUPERACION NO HA PRESENTADO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN PICOS FEBRILES, SIN EVIDENCIA CLINICA DE SEPSIS O DESCOMPENSACION METABOLICA, SU CONDICION ACTUAL DE SALUD DE ACUERDO A SUS PATOLOGIAS ES ADECUADO.

Concepto del profesional para continuar el tratamiento

LIMITACION FUNCIONAL SEVERA, DEPENDENCIA DE TERCEROS PARA LA REALIZACION DE TODAS ACTIVIDADES DIARIAS, PATOLOGIAS CRONICAS. ESCALA DE BARTHEL 20 PUNTOS. ESCALA FAC 0 PUNTOS.

Actividades de apoyo o recomendaciones dadas a coterapeutas

PROGRAMA DE CUIDADO EN CASA, MANEJO INTEGRAL

Subjetivo

PACIENTE SEGUN MANIFIESTA CUIDADOR ESTA CON UNA ADECUADA RECUPERACION DE SU INFECCION URINARIA EN EL MOMENTO SIN PICOS FEBRILES PERO CON SOMBOLINCA EN EL MOMENTO SUSPENDIDOS ANSIOLITICOS HASTA TERMINAR ANTIBIOTICO DEBIDO A LOS EFECTOS EN PACIENTE

Objetivo

ASPECTO GENERAL: PACIENTE RESPONDE FRENTE AL ESTIMULO Y PUEDE RESPONDER FRASES CORTAS EN LA ENTREVISTA, CABEZA SIN ALTERACIONES, MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVAS ROSADAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, CARDIOPULMONAR: TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES SIN SOBREAIREAGADOS, SIN TIRAJES, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN MEGALIAS, PERISTALSIS PRESENTE, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, GASTROSTOMIA FUNCIONAL Y PERMEABLE, SIN SIGNOS DE INFECCION EN EL SITIO DE INSERACION, GENITOURINARIO: NO CONTIENE ESFINCTERES, USA PAÑALES DESECHABLES. EXTREMIDADES: ATROFICAS SIN EDEMA. NEUROLOGICO: DEFICIT MOTON POR PATOLOGIA BASE

Análisis

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS QUE SE ENCUENTRA CLINICAMENTE ESTABLE, DEBIDO A QUE LAS ENFERMEDADES QUE PRESENTA SON CRONICAS Y SU ESTADO DE LIMITACION EN LA MOVILIDAD, DEBE CONTINUAR EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA, CON EL COMPROMISO DE MONITOREO Y EN EL MANEJO MEDICAMENTOSO, EN LA ACTUACION COMO LA INTERFERENCIA EN EL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS.