3551

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO **43.918.791**

GEORGE MIRA
APELLIDOS

YURANI ALEJANDRA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-1984**
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-ABR-2002 BELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-4800500-68151353-F-0043918791-20060919 **06077** 062628 02 205104255

3552

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
DANIELA RODRIGUEZ PUTO			CC	1.006.853.903	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
23-Oct-1999	DIBULLA		LA GUAJIRA		COLOMBIA
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
26	Hombre		CAJA COPI	Retraso Mental.	DD/MM/AAAA
	Mujer	x			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física intelectual mental	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira	Maicao	
Dirección de vivienda:		CALLE 9 -Cr 10 - #1089		
Barrio / Vereda		siete de junio		
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ x	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Desplazada
Pertenencia étnica:	SÍ x	NO	¿Cuál?	negra
Género			**Femenino** x	
			Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
YORIS TORRES VALDES	CC x	CE	PP	26992718
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Abuela	Abuela			Calle 4
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
314 551 1075				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO			*Mañana*
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

3.553

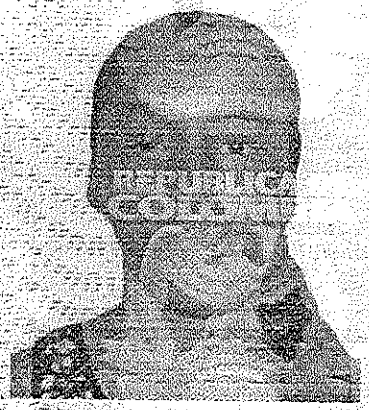
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.853.903

RODRIGUEZ PINTO
APELLIDOS

DANIELA PATRICIA
NOMBRES

Daniela
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1999
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.43 ESTATURA | A- G.S. RH | F SEXO

15-ENE-2018 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4800500-00980946-F-1006853903-20180221 0059592100A 1 50493670

3 554

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
NALLIVIS	PATRICIA	PINTO	TORRES

1.5 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: 40931034

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
FUNDACION REINTEGRAR RV	2021	10	11

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	DIBULLA

c. CATEGORIA 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	83.33
Movilidad	95.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	100.00
GLOBAL	82.01

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b122.3 b147.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s140.378 s740.273 s750.371

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d4602.4 d879.4

3.555

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
CHER MICHELLE CHARRIS ARTETA	Medicina	CC-1044801884 Cher Charris
ELIBETH CAROLINA VALENCIA MEZA	Terapia ocupacional	CC-1124361343 Valencia
VANESSA GOLDA JOIRO HERNANDEZ	Fonoaudiología	CC-40984392 Vanessa Joiro

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *DANIELA PATRICIA RODRIGUEZ PINTO* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Alba Romero

Nombre y Firma 36545918 Documento: CC-1006853903

Autorizo 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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

3.556

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.992.718
TORRES VALDES

APELLIDOS
NORIS ESTER

NOMBRES
Noris Esther

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1944
MAHATES
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	O-	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-SEP-1967 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800100-00127782-F-0026992718-20081114 0005982584A 1 7840003834

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Danico Rafael Patiñno			CC.	1123401 887	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
01 12 1996	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
28	Hombre	✓	Desakar		
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La guajira	Mingueo
Dirección de vivienda:		Viverd	
Barrio / Vereda			
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazado
Pertenencia étnica:	SÍ ✓	NO	¿Cuál? Afro Colombiana
Género	Femenino		
	Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Wilida Gil	CC ✓	CE	PP	1123406094
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
madre	madre			Calle 5
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
314 7830261				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No		

3.553

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.401.087

PATERNINA GIL

APELLIDOS

DANILO RAFAEL

NOMBRES

Danilo Paternina G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1996

DIBULLA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 AB+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-MAR-2015 DIBULLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-4800500-00711620-M-1123401087-20150530 0044373446A 1 43664340

3 559

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
DANILO	RAFAEL	PATERNINA	GIL
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
LA GUAJIRA		DIBULLA	

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: 1123401087

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	7	3

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901010389

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	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	87.50
Participación	78.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b780.4 b789.3 b798.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.328 s750.328 s770.377

3. Codigos Actividades y Participación

d570.3 d879.3 d920.4

3560

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.401.094

GIL PINTO
APELLIDOS

UBILDA LEONOR
NOMBRES

ubildaleonorgilp.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-1964
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | B+ G.S. RH. | F SEXO

19-OCT-2004 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMADEATRIZ RENDIFO LOPEZ

P-4800500-68133414-F-1123401094-20080525 03536 06145N 02 158893254

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1123401087
Cedula 1123401087 **DANILO RAFAEL PATERNINA GIL**
Edad 27 Años
Sexo Masculino

INGRESO Fec: 06/10/2024 10:04 **EGRESO Fec:** 18/10/2024 12:05:47
FECHA DE REPORTE DESDE: 06/10/2024 10:04 **HASTA:** 18/10/2024 12:06
Atn. Ingreso TRIAGE **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION
Pabellon Evolución: 15 URGENCIAS

HOSPITALZIACION .

Complicación: **SI** **NO** X

Hallazgos :

MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO - MUÑON DE AMPUTACION : GRAN SECRECCION PURULENTA 400 ML - NECROSIS DE TEJIDOS BLANDOS

Tejidos enviados a patología : **SI** **NO** X

JOSE ANTONIO BONIVENTO DIAZ
255613 Reg.
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

4. EGRESO

CONDICIONES DEL PACIENTE AL SALIR: VIVO

5. ATENCIÓN

A. CONDICIONES AL INGRESO

``EN LA PIERNA QUE TENGO AMPUTADA SE ME HINCHO``

06/10/24 Médico: MG097 ASLY GARZON ROMERO MEDICINA GENERAL

PACIENTE MASCULINO DE 27 AÑOS DE EDAD CON ANTESCDEES DE AMPUTACION DUPRACONDILIA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, PACIENTE QUE ACUDE LA ERVICIO DE POR CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EDEMA, ERTIEMA EN MISMA ZONA DE AMUPTACION, REFIERE SENSACION FEBRIL. NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. REFIERE ACUDRI A CITA CON ORTOPEDIA DONDE DAN MANEJO CON GEENTAMICINA IM + CIPROFLOXACINO CON MEOIRA PARCIAL DE LOS SINTOMAS.

06/10/24 Médico: MG097 ASLY GARZON ROMERO MEDICINA GENERAL

B. RESUMEN (ANAMNESIS Y ANTECEDENTES) CONDICIONES DE INGRESO

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES

06/10/24 Médico: MG097 ASLY GARZON ROMERO MEDICINA GENERAL

ANTECEDENTES RELEVANTES ()

AMPUTACION TRAUMATICA EN MIEMBRO SUPEERIOR IZQUIERDO Y MIEMBRO INFERIOR

ANTECEDENTES ENFERMEDADES ORGANICAS ()

NIEGA

ANTECEDENTES QUIRURGICOS ()

NIEGA

ANTECEDENTES HOSPITALIZACIONES ()

3-563

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER SAS

825003080

[AROrdIntr]

Fecha: 18/10/24

Hora: 12:05:52

Página: 1

CALLE 14 A # 11 - 09

FECHA ORD. MEDICA: 18/10/2024 11:58:51

Paciente: CC 1123401087 DANILO RAFAEL PATERNINA GIL

Fecha de nacimiento: 01/12/1996 00:00:00 Edad: 27 AÑOS Sexo: MASCULINO Folio: 166 Urgente? NO

Sede: CLINICA RENACER SAS

Empresa: DUSAKAWI - SBS 2024 Realizar en 20 dias

Pabellon: HOSPITALIZACION ADULTO 5TO PIS Cama: 509 Tipo: Ambulatoria

Diagnostico: L031 CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

DIAGNOSTICOS ACTUALES

Código	Descripción	Clase

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Código	Descripción
890280	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Profesional

Daniela A. Meza Andrade
Médico General
RM. 1124414077

DANIELA ANDREA MEZA ANDRADE
Reg. Med. 1124414077
MEDICINA GENERAL


Boston

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Dayana Guerra George			t-1	1.123.408.625	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
12-05-2010	Dibulla.		LaGuajira		Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
15	Hombre		CAJA COPI	Retardo en desarrollo. Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares.	
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Intelectual	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	LA GUAJIRA	Mingueo
Dirección de vivienda:		CC 5 #12-14	
Barrio / Vereda		El Vivero	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazamiento
Pertenencia étnica:	SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género	Femenino ✓		
	Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Yurani George Yira	CC ✓	CE	PP	43 918 761
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre				El Vivero
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3148205891.				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

3 Folio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.123.408.625**
GUERRA GEORGE
APELLIDOS
DAYANA MARCELA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-2010**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
12-MAY-2028 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
07-JUN-2018 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

P-4800500-01444620-F-1123408625-20240604 0140434765A 1 8511470626

5 569

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DAYANA	MARCELA	GUERRA	GEORGE

1.5 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: 1123408625

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
FUNDACION REINTEGRAR RV	2021	8	27

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	91.67
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	90.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	100.00
GLOBAL	85.28

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.4 b117.4 b330.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378 s140.378 s320.478

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d310.3 d598.4

3.565

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión		Firma
CHER MICHELLE CHARRIS ARTETA	Medicina	CC-1044801884	Cher charris
ELIBETH CAROLINA VALENCIA MEZA	Terapia ocupacional	CC-1124361343	
VANESSA GOLDA JOIRO HERNANDEZ	Fonoaudiología	CC-40984392	Vanessa Joiro H

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *DAYANA MARCELA GUERRA GEORGE* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Yurani Alejandra George Hisa

Nombre y Firma Documento: TI-1123408625

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	DAYANA MARCELA GUERRA GEORGE			**Identificacion**	1123408625
Fecha Nac:	12/05/2010	**Edad:**	14 años 7	**Sexo:** F	**Telefono**
Direccion	DIBULLA			**Ciudad**	DIBULLA
Estado civil	Soltero(a)	**Escolaridad**	No definido		
Asegurador	PARTICULAR | PARTICULAR				

HISTORIA CLÍNICA DE PRIMERA VEZ MED. ESPECIALIZADA

No.: 7616559 **Edad del paciente:** 14 años 7 meses y 9días **Fecha de la nota:** 21/12/2024 11:05:30 a. m.

Datos Personales

OCUPACIÓN
Otros

ZONA
Urbana

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL SE TRATA DE ADOLESCENTE DE SEXO FEMENINO DE 14 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA EN COMPAÑIA DE SU PROGENITORA LA CUAL MANIFIESTA QUE LO TRAE A CONSULTA MEDICA DE CONTROL, AL MOMETNO ASINTOAMATICA, PACEITE CON ALTERACION Y DEFICIT INTEGAL DEL NEURODESARROLLO, NO ESCOLARIZADAS, ADEMAS REFIERE ALTERACION DE MEMORIA Y DIVERSAS AREAS DEL NEURODESARROLLO

FARMACOLOGICO: TRANSFUSION SANGUINEA
PATOLOGICO NACE PREMATURA, GEMELAR, PADRE DESCONOCE ANTECEEDNTES PERINATALES., NEUMONIA COMPLICADA, ESTANCAI EN UCIN X 12 DIAS, EVENTO CORONARIO, EPILEPSIA
ALERGICOS SI
QUIRURGICOS NIEGA
HOSPITALARIOS NIEGA
INMUNIZACIONES COMPLETAS APORTA CARNET
ANT. FAMILIARES NIEGA HTA, DM , CANCER

Antecedentes Personales

ASMA
NO

HIP. ARTERIAL
NO

DIABETES
NO

HEPATITIS
NO

F. REUMATICA
NO

TÓXICOS
NO

CARDIOPATÍA
NO

GASTROPATÍA
O

NEOFROPATÍA
NO

TRAUMÁTICOS
O

VENÉREOS
NON

QUIRÚRGICOS
O

TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS
NO

OTROS NO

3.570

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	DAYANA MARCELA GUERRA GEORGE			Identificacion	1123408625
Fecha Nac:	12/05/2010	Edad:	14 años 7	Sexo: F	Teléfono
Direccion	DIBULLA			Ciudad	DIBULLA
Estado civil	Soltero(a)	Escolaridad:	No definido		
Asegurador	PARTICULAR | PARTICULAR				

CABEZA

PESO:58
TALLA: 166

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL. TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLES.
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CON HIPERTFOPIA DE CORNETES, MUCOSA ORAL HUMEDA, FOSAS NASALES PERMEABLES SIN SECRECIONES. CUELLO: MOVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TÓRAX: . SIN TIRAJES, SIMÉTRICO, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS; NO MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
NORMOCONFIGURADO PARA EDAD Y SEXO. DIURESIS + EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, NO DEFORMIDAD, PULSOS PRESENTES
PIEL: HIDRATADA, SIN LESIONES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
NORMOTÓNICO NORMORREFLEXICO. SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE. SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA

OJOS

NORMAL

CUELLO

NORMAL

OTORRINO

NORMAL

ABDOMEN

NORMAL

CARDIOPULMONAR

NORMAL

EXTREMIDADES

NORMAL

GENITOURINARIO

NORMAL

PIEL

NORMAL

S.N.C

NORMAL

OTROS HALLAZGOS NORMAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA RETARDO DEL NEURODESARROLLO/ALT DE HABILIDADES ESCOLARES/J343/SX DE TENSION PREMENSTRUIAL

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

3.571

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
43.918.791
NUMERO

GEORGE MIRA
APELLIDOS

YURANI ALEJANDRA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1984
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

01-ABR-2002 BELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-4800500-68151353-F-0043918791-20060919 06077 06262B 02 205104255

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Deimer Ortiz marzola			CC.	1.123460371	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
28 03 2003	Dibulla		La guajira	Dibulla	
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
22	Hombre	✓	Cajg		
	Mujer		Copi		

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Mingueo
Dirección de vivienda:		calle 5 Carrera 8	
Barrio / Vereda		7 de Junio	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazado
Pertenencia étnica:	SÍ ✓	NO	¿Cuál? afro Colombiano.
Género			Femenino
			Masculino X

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Yomaira marzola		CCr	CE	PP	26944883.
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
madre	madre				Calle 5 Carrera 8
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
301 342 2017.					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

3.523

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

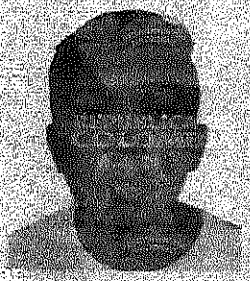
NÚMERO 1.123.400.371
ORTIZ MARZOLA

APELLIDOS
DEIMER RAFAEL

NOMBRES

Deimer Ortiz M.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-2003
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

24-MAY-2021 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-4800500-01250528-M-1123400371-20210819 0075344099A 2 8502070866

3574

original

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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
DEIMER	RAFAEL	ORTIZ	MARZOLA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1123400371

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2023	4	20

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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	12.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	37.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b555.3 b599.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s598.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d640.3 d920.2

5.516

MEDICENTER ESPECIALIZADO LTDA

NIT 900736048-3
Codigo De Habilitacion 1480700047801
CALLE 12 NO. 11-159 - (620) 7736704

Paciente	BERMUDEZ RAFAEL BELLA MARZOLLA			Doc. Identidad	CC 1113400073		
Sexo	Masculino	Fecha Nacimiento	mar 28, 2003	Edad	18 Años	Estado Civil	
Direccion	Calle 3 Carrera 8 manguito DIPULLA			Telefono	3013422617	Ocupacion	
Aseguradora				Telefono Acomp.		Parentesco	
Regimen	EPS-S CAJACOPI			Vinculacion paciente		SUBSIDIADO	

CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA

Folio N°	824	Fecha de Atencion	2025-08-16 08:07

TIPO DE ATENCION

ATENCION: CONSULTA PRESENCIAL

SINTOMATICO RESPIRATORIO

SINTO: NO

DATOS GENERALES

ESTADO CIVIL: -

OCUPACION: -

EMPRESA RESPONSABLE: -

TIPO DE VINCULACION: -

MOTIVO DE CONSULTA

CIE10: VERRUGAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

ENFERMEDAD ACTUAL

LIBRE: RELATA LA MADRE DEL PACIENTE QUE ESTE DESDE HACE CUATRO AÑOS PRESENTA PAPULAS CERATOSICAS DISEMINADAS POR LAS MANOS, PIERNAS Y PIES, HAN SIDO TRATADAS CON MEDICAMENTOS QUE NO PRECISA EL NOMBRE CON LOS CUALES NO HAN MEJORADO.

ANTECEDENTES

LIBRE: ELEFANTIASIS DIAGNOSTICADA DESDE LOS 7 MESES

EXAMEN FISICO

LIBRE: PAPULAS CON XEROSIS A NIVEL DE LAS MANOS,PIERNAS Y PIEES.
AUMENTO EN EL VOLUMEN LE LAS MANOS, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, PIERNA IZQUIERDA
PIEL CON XEROSIS,HIPERCROMIA
LIQUENIFICACION NIVEL DE LA PIERNA IZQUIERDA.

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA: -

FRECUENCIA CARDIACA: -

TENSION ARTERIAL: -

FRECUENCIA RESPIRATORIA: -

3 577

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
26.976.883
NUMERO



MARZOLA NAVARRO
APELLIDOS

YOMARIS DEL CARMEN
NOMBRES

Yomaris Marzola
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1982
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

09-ABR-2003 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

INDICE DERECHO

P-4800500-68118941-F-0026976883-20030908 07142 03251A 01 101235934

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Dian ARIAS JAIMES			RC	1.123417666.	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
25-02-2019	Riohacha		La Guajira		Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
6	Hombre	✓	CAJA COPI	Perturbacion. dela actividad y la atencion	
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Disca intelectual Psicosocial			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira		Maicao.	
Dirección de vivienda:		Cr. 8. # 1-23			
Barrio / Vereda		Villa esperanza			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO ✓	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO ✓	¿Cuál?	
Género				Femenino	
				Masculino ✓	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Martha Elena Restrepo	CC ✓	CE	PP	36666308
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Abuela				
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3126068875				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
Si	Cada dia	Mañana

3 57

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2937186

NUIP 1.123.417.666

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
SABAN ARIAS DIAN SAMUEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)								Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2 0 1 9	Mes	F E B	Día	2 5			MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA LA GUAJIRA RIOHACHA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)								Indicativo serial
Año	2 0 2 4	Mes	J U N	Día	1 8			0063559865

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ARIAS JAIMES AMPARO VANESSA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.193.566.842	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
SABAN MAZO DIAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.408.452	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
SABAN MAZO DIAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.408.452

Espacio para notas

VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA LA GUAJIRA DIBULLA — Codigo: X 9 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)								Nombre y firma del funcionario
Año	2 0 2 4	Mes	J U N	Día	1 8			HAROLD WILSON PENALVER VANEGAS

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
24183197-9

3580

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63559865

63559865

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código**

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido

Nombre(s)

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año Mes Día			

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
	Diancelys Sanchez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año Mes Día	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

3582

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
IVAN RENE MENDOZA DAZA	Medicina	CC-1122406158
DIOGMARY MARGARITA MARTINEZ CALLE	Fonoaudiología	CC-1140871253

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *DIAN SAMUEL ARIAS JAIMES* manifiesto que: *SI*

Estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

36 666 508
Documento: RC-1123417666

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

3.588

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

ALLE 13 No. 20 - 71 BARRIO EL CENTRO 3114172501

Paciente DIAN SAMUEL ARIAS JAIMES **Identificacion** 1123417666
Direccion MINGUEO **Ciudad** DIBULLA
Teléfono 3147212844 **Asegurador** CAJACOPI EPS | CAJACOPI EPS

HISTORIA CLÍNICA DE CONTROL MED. ESPECIALIZADA

No.: 1873419 **Edad del paciente:** 2 años 10 meses y 30 días **Fecha de la nota:** 24/01/2022 4:03:57 p. m.

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA MUCHA GRIPA ,SE APRIETA NO SE DA PARA QUEDAR QUIETO "

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS 10 MESES DE EDAD ASISTE CON ABUELA PATERNA QUE REFIERE CUADRO CLNICO DE SINDROME BRONCOBSTRUCTIVO RECURRENTE CON MULTIPLES INGRESOS URGENCIA ULIMA CRISIS EN DICIEMBRE NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ADEMAS REFIERE CUADRO CLNICO DE LARGA DATA DE EVOLUCIOCN CONSISTENTE CON INTRANQUILO NO PUEDE QUEDASE QUIETO EN UN SITIO , NO ACATA ORDENES ASOCIAOD TRATSONO EN EL COMPORTAMIENTO NIEGA OTRA SINTOAMTOLOGIA

Examen Físico

CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
Optima	35	70

Clasificación antropométrica (IMC)	I.M.C	PESO (kg)	TALLA (Cms)
Bajo de peso	16,28	15	96

Clasificación antropométrica (Perímetro Cefálico para la Edad)	Clasificación antropométrica (Peso para la Talla)	Clasificación antropométrica (Talla para la Edad)
Normal	Peso Adecuado para la Talla	Talla Adecuada para la Edad

F. CARDÍACA (Lat*Min)	F. RESPIRATORIA (Res/Min)	TEMPERATURA. (°C)
109	25	36

CABEZA	**OJOS**
NORMAL	NORMAL
CUELLO	**OTORRINO**
NORMAL	NORMAL
ABDOMEN	**CARDIOPULMONAR**
NORMAL	NORMAL
EXTREMIDADES	**GENITOURINARIO**
NORMAL	NORMAL

S.N.C SIN ALTERACIONES

OTROS HALLAZGOS NORMAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
**ASMA INFANTIL NO CONTROLADO
**PERTURBACIONDE LA ACTIVIDA D Y LA ATENCION
**PRESCOLAR EUTROFICO
**NEURODESARROLLO ADECUADO

3.564

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

ALLE 13 No. 20 - 71 BARRIO EL CENTRO 3114172501

Paciente DIAN SAMUEL ARIAS JAIMES **Identificacion** 1123417666

Direccion MINGUEO **Ciudad** DIBULLA

Teléfono 3147212844 **Asegurador** CAJACOPI EPS | CAJACOPI EPS

ORDEN DE SERVICIO

No.: 1873494 **Edad del paciente:** 2 años 10 meses y 30 días **Fecha de la nota:** 24/01/2022 4:17:29 p. m.

DESCRIPCIÓN

ORDEN DE SERVICIO	29113 TERAPIA OCUPACIONAL, SESIÓN
DESCRIPCION	.S/ TERAPIA OCUPACIONAL #20 SESIONES MENSULAES X 3 MESES#60 SESIONES EN TOTAL
ORDEN DE SERVICIO	890208 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA
DESCRIPCION	.S/ ERAPIA PSICOLOGIA #20 SESIONES MENSULAES X 3 MESES #60 SESIONES EN TOTAL
ORDEN DE SERVICIO	39143 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA
DESCRIPCION	CITA CONTROL CON PEDIATRIA EN 2 MESES

Dx Ppal.: J459 ASMA, NO ESPECIFICADA

Dx Rel.1: F900 PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION

Dr. Carlos Jose Parodi S
PEDIATRA
Univ. Libre de Barranquilla
RM 441234

CARLOS JOSE PARODI SALTAREN

RM 1122808365

PEDIATRIA

3.595

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

ALLE 13 No. 20 - 71 BARRIO EL CENTRO 3114172501

Paciente DIAN SAMUEL ARIAS JAIMES **Identificacion** 1123417666

Direccion MINGUEO **Ciudad** DIBULLA

Teléfono 3147212844 **Asegurador** CAJACOPI EPS | CAJACOPI EPS

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

PLAN O MANEJO

-FORMULA MEDICA:
1-SALBUTAMOL INH 100 MCG #1
USO: APLICAR CON INHALOCAMARA 2PUFF CADA 4 HORAS HASTA ALIVIAR TOS
2-BECLOMETASONA INH 50 MCG#1
USO: APLICAR CON INHALAOCAMARA 2 PUFF CADA 12 HORA POR 3 MESES
3-LORATADINA JBE #2
USO: DAR 3.5CC CADA 12 HORAS
4-MONTELUKAS TAB 4 MG #90
UNA TAB /DIA EN LA SNOCHES
S/ TERAPIA OCUPACIONAL #20 SESIONES MENSULAES X 3 MESES#60 SESIONES EN TOTAL
S/ ERAPIA PSICOLOGIA #20 SESIONES MENSULAES X 3 MESES #60 SESIONES EN TOTAL
EVITAR LLUVIAS, SERENO, MASCOTAS, PELUCHES, HUMO, POLEN, POLVO, TIERRA, HACINAMIENTO, CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURAS, ENTRE OTRAS COSAS.
CUIDADOS E HIGIENE HABITUALES.
DERECHOS Y DEBERES EN SALUD. COMPARTIR JUEGOS EN FAMILIA. BRINDAR MUCHO AMOR.
DIETA ACORDE A SU EDAD.
EVITAR ACCIDENTES. EVITAR TODO TIPO DE MALTRATO INFANTIL. EVITAR CRIADEROS DE MOSQUITOS
ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE DETERIORO DE SU ESTADO CLINICO.
CITA CONTROL CON PEDIATRIA EN 2 MESES

JUSTIFICACIÓN

LO REFERIDO

Dx Ppal.: J459 ASMA, NO ESPECIFICADA

Dx Rel.1: F900 PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION

Dr. Carlos Jose Parodi S
PEDIATRA
Univ. Libre de Barranquilla
RM 441234

CARLOS JOSE PARODI SALTAREN

RM 1122808365

PEDIATRIA

3.536

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 36.666.508
MAZO RESTREPO

APELLIDOS
MARTHA ALEIDA

NOMBRES

eMarta Mazo R.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1961
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

31-OCT-1994 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

R-4800500-01325922-F-0036666508-20221028 0087854165A 1 8505237871

3.588

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.380.040
NORIEGA APARICIO
APELLIDOS
DUBIS MARIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1961
GUACAMAYAL
ZONA BANANERA (MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
02-DIC-1981 PLATO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



INDICE DERECHO

A-4800100-00210556-F-0057380040-20100125 0020275301A 1 7980604830

5.591

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
DUBIS	MARIA	NORIEGA	APARICIO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 57380040

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	8	15

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
901010389

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	85.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	81.25
Participación	81.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b770.3 b780.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s770.478

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.4 d4600.3 d4602.3

3.590

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

3591

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

NIT 825.001.037-1

Vía a la Puerta de los Remedios - TELS. 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: gerencia@hospitalsantateresadeavila.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

REMISIÓN DE PACIENTES

440900022701 ORDS 655997

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. CC 57380040

FECHA DE REMISION 19-Dic-2024 02:45 pm

NOMBRE DEL PACIENTE NORIEGA APARICIO DUBIS MARIA

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / NUEVA EPS SA

REMISIÓN: URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

EDAD	SEXO: M	F
63 Años		X

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [4 4]

MUNICIPIO: DIBULLA [0 9 0]

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

FINCA VILLA OLGA (DIRECCION) | MINGUEO | 3135357336 (TELEFONO) | BARRIO SIN DATO (BARRIO / VEREDA)

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO | DIRECCION | TELEFONO | CIUDAD / BARRIO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE: NUEVA EPS S.A.

EPS041 (CODIGO) [1] [2 X] [3] (NIVEL INST.) | ORTOPEDIA (SERVICIO A DONDE SE REMITE)

IMPRESION DIAGNOSTICA NOMBRE

GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA CODIGO: [M179]

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

TIPO DX: Confirmado repetido

OBSERVACIONES

VALOARCIO PRO CUADRO DE GONARTROSIS

INSTITUCIÓN QUE REMITE 440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MED- RODOLFO HERNANDEZ Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA: SI [1] NO [2] Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CODIGO

NIVEL DIAG. 1 2 3

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2]

FECHA MUERTE Mes Día Año Hora A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO: MD [1] QX [2] MD - QX [3]

Dx Intervención Quirurgica:

CODIGO INTERVENCION

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA 1 2 3

INSTITUCION QUE RESPONDE

CODIGO INST.

NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE

FIRMA

FECHA RESPUESTA Mes Día Año

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

R-FAST 9.0 Cloud

3.593

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.123.405.233



APARICIO NORIEGA
APELLIDOS

CINDY PAOLA
NOMBRES

Cindy Paola Aparicio Noriega
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1989
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

06-MAR-2007 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



INDICE DERECHO

P-4800500-68160744-F-1123405233-20070621 0330207172502-223153965

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Efrain orlando orozco			CC.	5026.918	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
04/06/1949	Pedraza		magdalena	pedraza	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
76	Hombre	V	Cajacopi	ACV (enfermedad Cerebrovascular)	
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La guajira	mingueo.
Dirección de vivienda:			
Barrio / Vereda		Canta Rana	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ NO	¿Cuál?
Género		Femenino Masculino ✓	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Marelvis esther orozco	CC ✓	CE	PP	36.593.675
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hija	Hija			
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3044630263				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
no		

3595

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

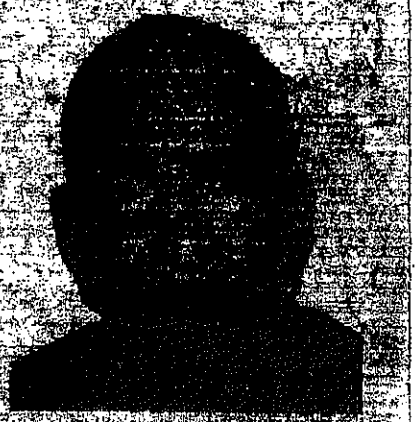
NUMERO 5.026.918

APELLIDOS GROZCO CUETE

NOMBRES EFRAIN ORLANDO

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1949

PEDRAZA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-DIC-1971 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-4800500-68144572-M-0005026918-20060315 03960 06074A 02 158899705

3 596

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
EFRAIN	ORLANDO	OROZCO	GUETE

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 5026918

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	8	15

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901010389

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	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	100.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.4 b798.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.4 d4600.4 d4602.4

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

1. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 5026918 **OROZCO GUETE EFRAIN ORLANDO** **M, 75 Años (4-Jun-1949)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

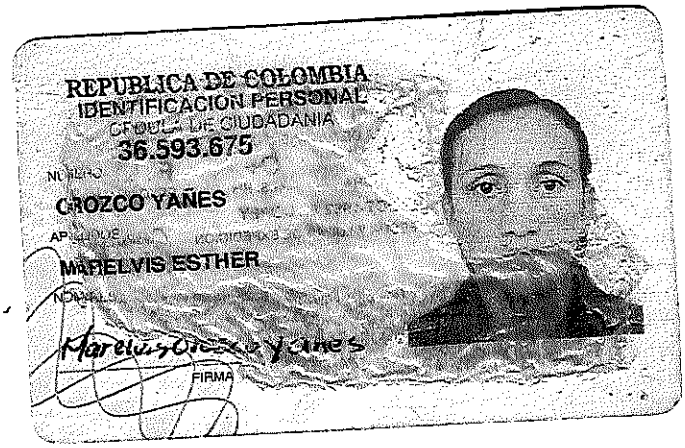
TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN
SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS
ABDÓMEN Y LUMBAR
NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
SISTEMA GENITO-URINARIO
NO SE EXPLORA
EXTREMIDADES Y PELVIS
SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES
SISTEMA NEUROLÓGICO
SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES
PIEL
SIN LESIONES APARENTES
ESTADO MENTAL
NORMAL
SISTEMA OSTEOMUSCULAR
NORMAL
MORISKY-GREEN
¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?: No
¿Toma la medicación a la hora indicada?: Si
Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomar la medicación?: No
Si alguna vez se siente mal, ¿Deja de tomar la medicación?: No
RESULTADO: 0.00 ADHERENTE
TODA LA POBLACION
Toda la población
110- Fecha de toma de tamizaje hepatitis C (1835-01-01=No se realiza por otras razones): 18-Feb-2025 00:00 am
42- Resultado de tamizaje para hepatitis C: 21 -Riesgo no evaluado
EVOLUCIÓN O ANALISIS
PACIENTE MASCULINO DE 75 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE PARA CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR. ES ADHERENTE A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA A PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, CON SIGNOS VITALES EN METAS, TOLERANDO OXÍGENO AMBIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE. AL EXAMEN FÍSICO RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOBREAGREGADOS PULMONARES A LA AUSCULTACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EXTREMIDADES SIN EDEMA. SE ORDENA FORMULACIÓN PARA PATOLOGÍA DE BASE, SE ORDENAN PARACLÍNICOS PARA TAMIZACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE CONTINÚA EN CONTROL CONTROL EN EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA LA RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO. SE LE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACPETAR

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO
IBERSARTAN 150MG, TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS
NIFEDIPINO 60MG, TOMA1 1 TABLETA CADA 8 HORAS
CARVEDIDOL 6.25 MG, TOMAR 1 TABLETA CADA 12 ORAS
ATORVASTATINA 40MG, TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS
ACIDO ACETILSALICILICO TABLETAS 100MG, USO: 1 TABLETA CADA 24 HORAS
OMEPRAZOL 20MG, TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS
QUETIAPINA 25MG, TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS
AMIODARONA 200MG, TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS
APIXABAN 5MG, TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS
PARACLINICSO DE RIESGO CARDIOVASCULAR
CITA CONTROL
SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
FECHA PROXIMA CITA
Fecha próxima cita
Fecha próxima Cita: ABRIL/2025
DIAGNÓSTICO
Documento de venta: 440900022701-ORDS-75025
Principal de consulta: [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - Impresión diagnostica
Relacionado a la consulta: [I499] ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA
Relacionado a la consulta: [I678] OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS
Relacionado a la consulta: [R568] OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS
Servicio de egreso: 1415 PROGRAMA DE HIPERTENSION
En internación
No se hicieron Remisiones
Orden médica: 440900022701-OMED-55197, 18-Feb-2025
- ACETIL SALICILICO ACIDO TABLETA 100 MG -, TABLETA CON O SIN RE, #60, ORAL, 1 Cada 24 horas
- ATORVASTATINA 20MG, TABLETA CON O SIN RE, #60, ORAL, 1 Cada 24 horas
- CARVEDILOL 6.25 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #120, ORAL, 2 Cada 12 horas
- ESOMEPRAZOL 20MG - TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #60, ORAL, 1 Cada 24 horas
- APIXABAN 5 MG TABLETAS, #120, ORAL, 1 Cada 12 horas
Documento de venta asociado
ORDS-75025
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

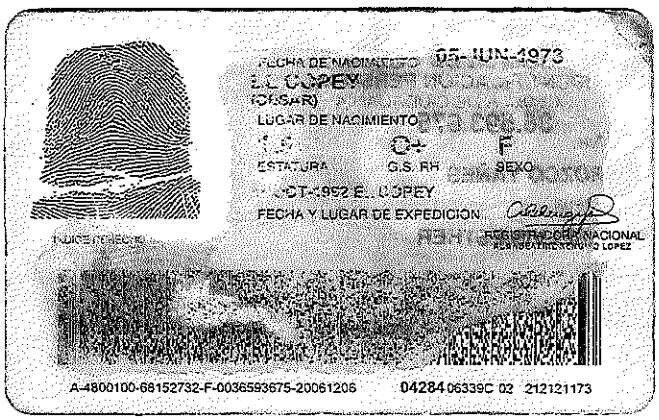
HOSPITAL SAN ... DE JESUS DE AVILA
NIT 825.001.033-0 1118033005372

PROFESIONAL: [1054] MED - MILAGRO IBARRA IBARRA - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022702] MINGUEO

3.601



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
36.593.675
NUMERO
OROZCO YAÑES
APELLIDOS
MARELVIS ESTHER
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1973
EL COPEY
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
EL COPEY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-4800100-68152732-F-0036593675-20061206 04284 06339C 02 212121173

3. 602

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Emy Daiana Osorio			TI	1123 408 134	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
25/12/2008	Riohacha		La Guajira	Riohacha	
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
15	Hombre		nueva EPS	Retraso Mental	
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Intelectual	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Maicao
Dirección de vivienda:			
Barrio / Vereda		20 de enero	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Forzado
Pertenencia étnica:	SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género	Femenino ✓		
	Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Nestor Osorio	CC ✓	CE	PP	1.066.850.227
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Tio	Tio			
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
302 458 44 19				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
no		

3 603

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.123.408.134
OSORIO SANTOS

APELLIDOS
EIMY DAYANA

NOMBRES
Eimi Osorio

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-2009
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
25-DIC-2027 B+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
17-JUN-2021 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-4800500-04239259-F-1123408134-20210617 0074649782G-1 8502219054

3. 604

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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
EIMY	DAYANA	OSORIO	SANTOS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1123408134

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2023	4	20

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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	70.83
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	64.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.368

3. Codigos Actividades y Participación

d155.4 d161.3 d175.2

3605

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

Centro de Salud de Mingueo

NIT 825001037

Dirección: Calle 6 Vía La Punta de los Remedios - Tel: 3023170034

Dibulla - La Guajira

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia: 2646928 **Fecha Nota:** 1/12/2023 12:46 p. m.

Documento: 1123408134	**Nombre:** EIMY DAYANA OSORIO SANTOS	**Fecha Nac:**	25/12/2009
Ingreso: 1/12/2023 12:46 p. m.	**Egreso:** 1/12/2023 1:06:48 p. m.	**Afiliacion:**	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y LA GUAJIRA | DUSAKAWI MORBILIDAD SUBSIDIADO
Edad: 13 años 11 meses y 6días	**Telefonos:**	**Dirección:**	SIN INFORMACION DIBULLA

DATOS DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	boca torcida - dolor de cabeza
ENFERMEDAD ACTUAL	hace 3 dias boca torcida y ojo izquierdo mas cerrado y dolores de cabeza

ANTECEDENTES PERSONALES

HIP. ARTERIAL
No Refiere

ASMA
No Refiere

EPATITIS
No Refiere

DIABETES
No Refiere

F. REUMATICA
No Refiere

CARDIOPATÍA
No Refiere

GASTROPATÍA
No Refiere

TOXICOS
No Refiere

NEOFROPATÍA
No Refiere

TRAUMÁTICOS
No Refiere

VENÉREOS
No Refiere

QUIRÚRGICOS
No Refiere

TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS
No Refiere

FARMACOLOGICOS
n

OTROS
Ninguno

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

EMBARAZOS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS
0	0	0	0
MORTINATOS	**VIVOS**	**MENARQUIA**	
0	0	12	
U.M	**PLANIFICA**		
10nov	no		

ETS
Sin datos Clínicos

OTROS ANTECEDENTES
Ninguno

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	No Refiere

EXAMEN FISICO

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A
120	80	Normal
F. CARDÍACA (Lat*Min)	**F. RESPIRATORIA (Res/Min)**	**TEMPERATURA. (°C)**
78	18	36

Fecha Impresión: 1/12/2023 1:08:57 p. m.

3.607

TALLA (Cms)	I.M.C	CLASIFICACIÓN I.M.C
151	30.7	Obesidad Clase 1

CABEZA
Normocéfalo.
Cara imposibilidad para cerrar ojo der , desviacion ligera de comisura labial hacia la izquierdo

OTORRINO
Normoconfigurado.

CARDIOPULMONAR
Pulmones Normoventilados, Sin Agregados, Rs. Cs. Rs. Sin Soplos.

GENITOURINARIO
Normoconfigurado.

S.N.C
Sin Déficit motor ó Sensitivo Actual.

OTROS HALLAZGOS Ninguno

OJOS
Isocoria, Pupilas Normoreactivas a la luz,.

CUELLO
Móvil, Sin Adenopatías Ni masas.

ABDOMEN
Blando, Depresible, No Doloroso a la Palpación, Sin masas Ni Viseromegalias.

EXTREMIDADES
Eutróficas sin Edemas.

PIEL
Hidratada, Sin Lesiones.

REVISIÓN POR SISTEMAS

CABEZA	**CUELLO**	**OJOS**	**OÍDOS**
Normal	Normal	Normal	Normal
BOCA Y GARGANTA	**PIEL Y MUCOSA**	**UROGENITAL**	**ABDOMEN**
Normal	Normal	Normal	Normal
TÓRAX	**RESPIRATORIO**	**GASTRO INTESTINALES**	**LINFÁTICO**
Normal	Normal	Normal	Normal
DES. PSICOMOTOR	**S.N.C**	**S.N.P**	**EXT. SUPERIORES**
Normal	Normal	Normal	Normal
EXT. INFERIORES	**FUNCIONES CEREBRALES**	**REFLEJOS**	
Normal	Normal	Normal	

CIRCULATORIO NORMAL

ENDOCRINO NORMAL

OTROS HALLAZGOS EN LA REVISIÓN POR SISTEMAS discapacidad de lenguaje y aprendisaje.

CONDUCTA

PLAN DE MANEJO Y PROCEDIMIENTOS	s/r PEDIATRA dexametasona4mg - tizanidina-tiamina
RECOMENDACIONES	habitos saludables de vida

POBLACION EXPECIAL

ES VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO NO

ES DESPLAZADO POR LA VIOLENCIA NO

Impresión Diagnostica: G510 PARALISIS DE BELL
F808 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE
F709 RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE

JAIRO JOSE DEL CASTILLO MARTINEZ
RM 12541980
MEDICINA GENERAL

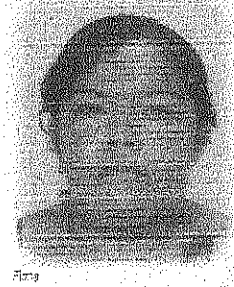
Fecha Impresión: 1/12/2023 1:08:57 p. m.

3.608

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.854.227



Apellidos
OSORIO SANTOS

Nombres
CINDY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.43

Sexo
F

Fecha de nacimiento
03 FEB 1987

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
23 JUL 2008, RIOHACHA

Firma

Fecha de expiración
21-MAYO 2035

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Elkin García			CC.	1961843	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
11-enero-1971	Bosconia		Cesar		Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
48	Hombre	X	nueva EPS	-trastorno de discos lumbar y otras radiculopatia -Sindrome de postlaminectomia	
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
física	SÍ X	NO Ent. Discal. Lumbar	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La guajira	mingueo.
Dirección de vivienda:		Cra 7A #0-12	
Barrio / Vereda		Jesus olivellas	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ X	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazamiento.
Pertenencia étnica:	SÍ X	NO	¿Cuál? Afro colombiano.
Género			Femenino Masculino X

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Bertilda Polo Bolaño	CC X	CE	PP	36178456.
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección Cra 14 #0-12
Esposa				
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3013148995.				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

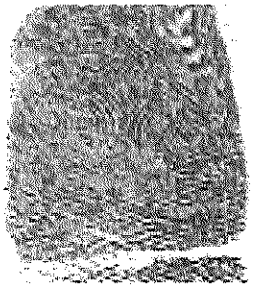
3.610

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.618.413**
GARCIA REALES
APELLIDOS
ELKIN DAVID
NOMBRES

Elkin García
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ENE-1977**
BOSCONIA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-NOV-1997 ARACATACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4900600-00252467-M-0019618413-20100626E 0023596772A 1 2561725B

Impreso con MobiPDF

3 611

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
ELKIN	DAVID	GARCIA	REALES

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 19618413

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
centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S	2025	5	26

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901221205

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	85.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	84.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2801.3 b729.3 b7309.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s760.388 s799.288

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4501.4 d879.4

Impreso con MobiPDF

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO	Fonoaudiología	CC-1120746946
WESLY PLATA SIERRA	Medicina	CC-1121329589
GINNA LISETH GUTIERREZ JEREZ	Psicología	CC-1122415062

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

Impreso con MobiPDF

3.6B

Nombre Paciente: ELKIN DAVID - GARCIA REALES
ID Paciente: CC 19618413

Contrato: NUEVA EPS CONTRIBUTIVO 2024

Procedimientos: 883230 - RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE **Fecha Cita:** 2024-10-08

[illegible]

ADVERTENCIA: [illegible] abrirlo en otro dispositivo o actualizar el navegador. [illegible] instalar y probar otro navegador como Google Chrome o Edge.

[illegible]

[illegible]

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE

DATOS CLINICOS:
Discopatia con radiculopatia.

ESTUDIOS PREVIOS:
Radiografia de columna lumbosacra del 28/08/2024.

TÉCNICA:
Se efectua estudio de Resonancia Magnética de columna lumbosacra en unidad superconductora de 1.5 Tesla, marca General Electric modelo Signa Creator. Se realizan cortes en diferentes planos axiales, coronales y sagitales, utilizando multiples secuencias en T1, T2 y STIR, sin la administracion de contraste endovenoso paramagnético

HALLAZGOS:
Lordosis fisiologica lumbar conservada. Leve curvatura dorsolumbar de convexidad derecha, asociada a tambien leve rotacion ipsolateral de los cuerpos vertebrales implicados.
Altura, morfologia y alineacion de los cuerpos vertebrales conservado. Vertebra L5 de aspecto transicional, dada su sacralizacion como variante anatomica. Cambios hipertroficos degenerativos marginales anteriores en cuerpos vertebrales lumbares. Areas de cambio de señal de placas terminales inferiores desde L2 hasta L4, asi como superiores desde L3 hasta L5, en relacion a cambios tipo Modic I y II. Leve deshidratacion y alteracion de la morfologia de discos intervertebrales en niveles desde L1-L2 hasta L4-L5, dado por colapso parcial; rectificacion del borde posterior del disco L1-L2; abombamiento concéntrico de los otros tres discos, con mayor proyeccion foraminal derecha de discos L3-L4 y L4-L5. Dichos cambios condicionan disminucion de la amplitud foraminal bilateral en niveles desde L2-L3 hasta L4-L5, en mayor grado en foraminas derechas de niveles L3-L4 y L4-L5, donde se observa compresion de las raices radiculares adyacentes. Tambien se observa compresion de raices radiculares L5 en recesos laterales del nivel L4-L5. Además, compresion anterior del estuche dural en niveles desde L1-L2 hasta L4-L5, en mayor grado en los dos niveles inferiores, donde la compresion se hace concéntrica, dada la asociacion de leve hipertrofia bilateral de los ligamentos amarillos.
Resto de foraminas de normal amplitud. Cono medular termina en nivel D12-L1
Escaso derrame articular en interapofisarias de niveles lumbares. Solución de continuidad de lamina izquierda de vertebra L3, asociado con extensa área de distorsión arquitectural y cambio de señal de las partes blandas paravertebrales adyacentes, en relacion a cambios cicatriciales. Megaapofisis transversas de vertebral L5 con neoarticulaciones lumbosacras. Resto de elementos de arcos posteriores de normal configuracion.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:
- Leve rotoescoliosis dorsolumbar de convexidad derecha.
- Moderados cambios espondiloartrósicos.
- Signos de lesión degenerativa discal intervertebral en niveles desde L2-L3 hasta L4-L5, dado por abombamiento concéntrico de todos ellos, con mayor proyección foraminal derecha de los dos inferiores.
- Signos de lesión discal intervertebral en nivel L1-L2, dado por rectificación del borde posterior.
- Leves signos de espondiloartritis.
- Estatus post-laminectomía izquierda de vertebra L3.
- Megaapófisis transversas de L5, con neoarticulaciones lumbosacras.
Hallazgos de implicaciones descritas.

Realizado por CARLOS EDUARDO BARRETO TERAN
Médico Radiólogo
RM# 1077786 2024-10-08 05:38:01.0
Transcrito por CARLOS EDUARDO BARRETO TERAN - Fecha y hora de transcripcion 2024-10-08 05:38:01.0

RECUERDE que los resultados de una tecnología son un apoyo diagnóstico y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por su medico tratante teniendo en cuenta su cuadro clínico. Si hay una discrepancia entre su impresión clínica y nuestro informe, por favor póngase en contacto con nosotros.

Powered by [illegible]

19292

Impreso con MobiPDF

3.614

SEDE: MiSALUD TORRENOVA

CENTRO MÉDICO INTEGRAL EN SALUD

HISTORIA CLINICA CONSULTA ESPECIALIZADA - NEUROCIRUGIA

Referencia: 878934

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CC. 19618413	ELKIN DAVID GARCIA REALES	11/01/1977	48 AÑOS, 3 MESES, 27 DIAS
SEXO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA**	**GRUPO POBLACIONAL**
MASCULINO	UNION LIBRE	NINGUNO DE LOS ANTERIORES	POBLACION SISBENIZADA
NIVEL DE ESTUDIO	**OCUPACION**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
BASICA SECUNDARIA	NO TENGO INFORMACION	CALLE 1A # 9-12	3013148995
FINANCIADOR	**RÉGIMEN**	**PRIMER INGRESO**	**ÚLTIMA ATENCIÓN**
NUEVA EPS	CONTRIBUTIVO COTIZANTE	07/05/2025 12:21 PM	07/05/2025 12:21 PM
MODALIDAD	**UBICACION**		
INTRAMURAL			

DATOS DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA

"TENGO DAÑADO LOS DISCOS DE MI COLUMNA "

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DISCAL LUMBAR CON RADICULOPATÍA CRURAL BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO DESDE LA REGIÓN GLÚTEA HASTA EL PIE EN FORMA DE CALAMBRES Y ENGARROTAMIENTO, VALSALVA NEGATIVO, ALODINIA, INCREMENTÁNDOSE CON LOS CAMBIOS DE POSTURA, EXPOSICIÓN AL FRIO, AL REALIZAR MOVIMIENTOS DE DINÁMICOS DE LA COLUMNA. SOMETIDA A CIRUGÍA ESPINAL HACE CASI 1 AÑO CON TÉCNICA DE LAMINECTOMÍA NO LOGRANDO ALIVIO DEL DOLOR, PRESENTANDO PERSISTENCIA DEL MISMO CON GRAN SEVERIDAD, QUE NO ALIVIA CON TRATAMIENTO MÉDICO INCLUYENDO PLAN INDICADO POR MEDICINA DEL DOLOR.

REVISIÓN POR SISTEMA

LUMBAGO
PARESTESIAS CRURAL

ES SINTOMATICO	NO	ES VICTIMA DE MALTRATO	NO	ES VICTIMA DE VIOLENCIA	NO

ANTECEDENTES

MEDICOS FAMILIARES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Enfermedad Mental	NO	Tabaquismo	NC
Alcoholismo	NO	Drogo dependencia	NO	Dislipidemia	NO	Cancer	NC
Candivascular	NO	Convulsiones	NO	Otros antecedentes	NO		

PERSONALES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Cardiopatia	NO	Tuberculosis	NC
Consumo de Alcohol	NO	Consumo de Tabaco	NO	Quirurgicos	SI	Cancer	NC
Alrgicos	NO	Toxicoamblentales	NO	Otros antecedentes	NO		

	Antecedente	Observaciones
07/05/25	Quirurgico	DISCECTOMÍA LUMBAR

EXÁMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

PESO (Kgs)	70	TALLA (cms)	160	FRECUENCIA CARDIACA	80
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	Temperatura	36.5
Imc	28				

Impreso con MobiPDF

GENITO URINARIO	NORMAL
PIEL Y FANERAS	CICATRIZ QURÚRGICA LUMBAR
ABDOMINAL	NORMAL
EXTREMIDADES	NORMAL
CARDIO PULMONAR	NORMAL
ANALISIS	RMN LUMBOSACRA(2024-10-01) LEVE ROTOESCOLIOSIS DORSOLUMBAR DE CONVEXIDAD DERECHA. - MODERADOS CAMBIOS ESPONDILOARTRÓSICOS. - SIGNOS DE LESIÓN DEGENERATIVA DISCAL INTERVERTEBRAL EN NIVELES DESDE L2-L3 HASTA L4-L5, DADO POR ABOMBAMIENTO CONCÉNTRICO DE TODOS ELLOS, CON MAYOR PROYECCIÓN FORAMINAL DERECHA DE LOS DOS INFERIORES. - SIGNOS DE LESIÓN DISCAL INTERVERTEBRAL EN NIVEL L1-L2, DADO POR RECTIFICACIÓN DEL BORDE POSTERIOR. - LEVES SIGNOS DE ESPONDILOARTRITIS. - ESTATUS POST-LAMINECTOMÍA IZQUIERDA DE VERTEBRA L3. - MEGAAPÓFISIS TRANSVERSAS DE L5, CON NEOARTICULACIONES LUMBOSACRAS. PACIENTE MASCULINO DE LA 5TA DÉCADA DE LA VIDA CON SÍNDROME DE CIRUGÍA LUMBAR FALLIDA, ENCONTRÁNDOSE ESTENOSIS DEL CANAL ESPINAL Y NEUROFORAMINAL BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO DE ESPACIOS L3L4 Y L4L5 REQUIRIENDO DE REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA DESCOMPRESIÓN DE RAÍCES CON TÉCNICA DE ARTRODESIS POSTERIOR CON FIJACIÓN POR TORNILLOS TRANSPEDICULARES. SE EXPLICA LA CONDUCTA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES COMPRENDEN Y ACEPTAN.
OTRAS OBSERVACIONES	NORMAL
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	MARCHA CON APOYO EN BASTÓN DIGITOPRESIÓN DOLOROSA DE MUSCULATURA PARAVERTEBRAL LUMBAR BILATERAL LIMITACIÓN DE ARCOS DE MOVIMIENTOS LUMBARES LASSEGUE DERECHO 20°. BRAGARD 15° LASSEGUE IZQUIERDO 15°. BRAGARD 10° HIPORREFLEXIA MT +/++ AQUILEANA BILATERAL DISMINUCIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR DE S1 BILATERAL
CABEZA - CARA - CUELLO	NORMAL

DIAGNÓSTICOS

Fecha	Diagnóstico	Tipo
07/05/2025	[Diagnóstico principal] M511.Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatia [Diagnóstico relacionado 1] M961.Síndrome postlaminectomia, no clasificado en otra parte [Diagnóstico relacionado 2] R521.Dolor cronico intratable	2 - CONFIRMADO NUEVO

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN

3.618

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **36.728.456**

QUIROZ BOLAÑO

APELLIDOS

BERTILDA

NOMBRES

Bertilda Quiroz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-1978**

ARACATACA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-OCT-1998 EL RETEN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4300500-01319342-F-0036728456-20220920 0085892456G 2 8509282558

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Emma Benitez Rodriguez			R.C.	1.248.368 453	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
16-08-2022	Santamarta		Magdalena		Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
3	Hombre		Sura	Sindrome de espectro Autista	
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Psicosocial	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Mingueo
Dirección de vivienda:		Cll 1 # 13-27	
Barrio / Vereda		Villa diana	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazamiento forzado
Pertenencia étnica:	SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género			Femenino ✓
			Masculino

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Michel Rodriguez Pinto	CC ✓	CE	PP	1.1045.422.924
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre				Villa diana
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3146584799				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

3.620

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.248.368.483

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63592789

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A S X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE AUXILIAR 2 SANTA MARTA - COLOMBIA - MAGDALENA - SA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BENITEZ	RODRIGUEZ

Nombre(s)

EMMA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes AGO Día 16	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
DOCUMENTO AUTENTICO	2208141004138S

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ PINTO MICHEL DAYANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.045.422.924	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BENITEZ VELASQUEZ FARID RAFAEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 12.693.448	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BENITEZ VELASQUEZ FARID RAFAEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 12.693.448	Farid Benitez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2022 Mes AGO Día 25	BILLY JOSE [illegible] BOLAÑO - REG
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Farid Benitez	
Firma	Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

63592789

3.624

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
EMMA	SOFIA	BENITEZ	RODRIGUEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1248368453

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	12	5

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901221205

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.1 b330.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.188 s398.374

3. Codigos Actividades y Participación

d310.1 d710.2 d880.2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YURAICA PATRICIA PAREJA CHURIO	Medicina	CC-1065569284
GINA PAOLA HERRERA PEÑALOZA	Psicología	CC-1065834071
ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO	Fonoaudiología	CC-1120746946

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.

1248368453

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1248368453 **Edad** 2 Años
Registro Civil 1248368453 **EMMA SOFIA BENITEZ RODRIGUEZ** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 29/01/2025 19:20 **EGRESO Fec:** 05/02/2025 17:57:11
FECHA DE REPORTE DESDE: 29/01/2025 19:20 **HASTA:** 05/02/2025 17:58
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION
Pabellon Evolución: 525 UCI CARDIOPEDIATRICA

2. DIAGNÓSTICOS

DX EGRESO 1

G409 EPILEPSIA- TIPO NO ESPECIFICADO

3. INTERVENCIONES - PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y/O ESPECIALES

4. EGRESO

CONDICIONES DEL PACIENTE AL SALIR: VIVO

5. ATENCIÓN

A. CONDICIONES AL INGRESO

29/01/25 18:50 INGRESA A LA UNIDAD PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS DE EDAD PROCEDENTE DE ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE EPILEPSIA SINTOMATICA, RIESGO DE FALLA VENTILATORIA, EN COMPAÑÍA DE MEDICO, PARAMEDICO Y MADRE, TRAIDO EN CAMILLA AMBULANCIA MEDICALIZADA, SE OBSERVA PALIDEZ FACIAL, AFEBRIL, ALERTA AL LLAMADO, CONSCIENTE, CABELLO BIEN PLANTADO, RECIBIENDO OXIGENO AMBIENTE, CON CANALIZACION EN YUGULAR IZQUIERDA CATETER NUMERO 22 CONECTADA LINEA DE EXTENSION, EXTRAHOSPITALARIA, TORAX SIMETRICO Y EXPANSIBLE , MIEMBROS SUPERIORES MOVILES OBSERVANDOSE EQUIMOSIS EN PLIEGUE DEL BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , MULTIPUNCIONADA, ABDOMEN GLOBOSO POR PANICULO ADIPOSO, GENITALES FEMENINOS NORMOCONFIGURADOS SIN LESIONES, MIEMBROS INFERIORES MOVILES, CON LACERACIONES, ES UBICADO EN EL CUBICULO P306 Y VALORADA POR MEDICO EN TURNO DR NICOLIE RODRIGUEZ Y PEDIATRA EN TURNO DR BROCHADO , QUIENES DAN ORDENES A SEGUIR, PENDIENTE CONCILIACION MEDICAMENTOSA, SE REGISTRAN SIGNOS VITALES FC 128', FR 26', SPO2 99%, TEMP: 37.0 TALLA: 84 CM PESO:19 KG TIPO DE SANGRE: B (POSITIVO)

19:30 INGRESA MADRE AL CUBICULO, SE EDUCA AL FAMILIAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE MANTENER LAS BARANDAS ELEVADAS PARA EVITAR CAIDAS, SE EXPLICA HORARIO DE VISITAS Y ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE POR MADRE O PADRE, LO CUAL DICE ENTENDER Y ACEPTAR, BAJO MONITORIZACION CONTINUA

20:00 SE REGISTRAN SIGNOS VITALES

29/01/25 Médico: J0233 JAKELIN CAICEDO TAMAYO ENFERMERIA

MANEJO INTEGRAL

29/01/25 Médico: M0830 NICOLIE ROSED RODRIGUEZ MERCADO MEDICINA GENERAL

INGRESA PACIENTE REMITIDA DESDE SANTA MARTA, PARA MANEJO INTEGRAL DEL CASO, SE TRATA DE PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA SIN MANEJO FARMACOLÓGICO DESDE HACE MÁS DE 1 AÑO, NI SEGUIMIENTO POR NEUROPEDIATRÍA, POR DECISIÓN MATERNA ANTE PERSISTENCIA DE LAS CONVULSIONES A PESAR DEL MANEJO QUE RECIBE, DESDE ENTONCES MÚLTIPLES CONSULTAS A LA URGENCIA POR CUADROS CONVULSIVOS, REINICIO DE MEDICACIÓN INTRAHOSPITALARIA LA CUAL DECIDE SUSPENDER UNA VEZ EGRESA.

CUADRO CLÍNICO ACTUAL SE DA EL DOMINGO 26/01/2025, CUANDO PRESENTÓ 5 CRISIS CONVULSIVAS DE TIPO CRISIS DE AUSENCIA CON POSTERIOR POSTURA TÓNICAS DE 2 MINUTOS DE DURACIÓN Y UNA ÚLTIMA DE 4 HORAS DE DURACIÓN CON SUPRAVERSIÓN OCULAR, SIALORREA Y FOCALIZACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES POR LO QUE DECIDE CONSULTAR A PUESTO DE SALUD DE GUACHACA, LLEGA EN ESTADO POST ICTAL, MEDICAN CON DIAZEPAM, LE INICIAN OXÍGENO SUPLEMENTARIO Y TRASLADAN A HOSPITAL JULIO MÉNDEZ EN DONDE INGRESA POR URGENCIA CON PERSISTENCIA DE LAS CONVULSIONES TRASLADAN A

ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE
890102768 - 5
EPICRISIS

1248368453

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1248368453 Edad 2 Años
Registro Civil 1248368453 EMMA SOFIA BENITEZ RODRIGUEZ Sexo Femenino

INGRESO Fec: 29/01/2025 19:20 EGRESO Fec: 05/02/2025 17:57:11
FECHA DE REPORTE DESDE: 29/01/2025 19:20 HASTA: 05/02/2025 17:58
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION Atn. Egreso HOSPITALIZACION
Pabellon Evolución: 525 UCI CARDIOPEDIATRICA

UCIP, EN ESTE CENTRO HAY DESCRIPCIÓN DE 3 DOSIS DE MIDAZOLAM PARA CONTROL DE CRISIS TÓNICO CLÓNICA GENERALIZADA ADEMÁS DE REINICIO DE OXCARBAZEPINA, ÁCIDO VALPROICO Y ADICIÓN DE FENITOÍNA. ÚLTIMA CRISIS EL DIA 26/01/2025 SOBRE LAS 15 HS.

INDICAN REMISIÓN POR NO AUTORIZACIÓN POR PARTE DE SU ASEGURADORA PARA REALIZACIÓN DE ELECTROENCEFALOGRAMA.

MOTIVO POR EL QUE INGRESA.

TRAE REPORTES DE PARACLÍNICOS DEL 26/01/2025 HEMOGRAMA: LEUC 13070 NEUT 66.4 LINF 26.8 HB 10.4 HTO 31.4 PLAQUETAS 310 MIL, UROANÁLISIS NO PATOLÓGICO, CALCIO IÓNICO 1.24 CLORO 112 CREATININA 0.77 FÓSFORO 5.3 GLUCOSA 98 GOT 35 GPT 25 MG 4.2 PCR 1.0 POTASIO 4.23 SODIO 134.9

29/01/25 Médico: M0830 NICOLIE ROSED RODRIGUEZ MERCADO MEDICINA GENERAL

B. RESUMEN (ANAMNESIS Y ANTECEDENTES) CONDICIONES DE INGRESO

ANTECEDENTES

PERSONALES

29/01/25 Médico: M0830 NICOLIE ROSED RODRIGUEZ MERCADO MEDICINA GENERAL

PATOLOGICOS (SI)

ANTECEDENTES PERSONALES:

-PRENATALES + PERINATALES: TERCER PRODUCTO DE MADRE, G3A1C2V2, CONTROLES PRENATALES COMPLETOS N°9. GESTACIÓN SIN COMPLICACIONES, PERFIL INFECCIOSO PRESUNTAMENTE NEGATIVO. NACE POR CESÁREA A LAS 38 SEMANAS DE GESTACIÓN, POR DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA. PESO AL NACER: 4500 GR, TALLA AL NACER: 52 CM. ADECUADA ADAPTACIÓN NEONATAL, EGRESO CONJUNTO MATERNO A LAS 72 HORAS, ESTUVO EN OBSERVACIÓN POR TINTE ICTÉRICO.

-PATOLÓGICOS: EPILEPSIA, SÍNDROME DEL ESPECTRO AUTISTA

-HOSPITALIZACIONES: A LOS 6 MESES DE VIDA POR CONVULSIONES DURANTE 1 MES, EN MÁS DE 10 OCASIONES POR EPILEPSIA // STATUS CONVULSIVO. ESTUVO HOSPITALIZADA EL 2/1/2025 POR STATUS CONVULSIVO DURANTE 1 SEMANA.

-QUIRÚRGICOS: NIEGA

-ALÉRGICOS: NIEGA

-FARMACOLÓGICOS: OXCARBAZEPINA, ÁCIDO VALPROICO SUSPENDIDO DESDE LOS 14 MESES DE EDAD.

-TRAUMATOLÓGICOS:

-TRANSFUSIONALES: NIEGA

-GRUPO SANGUÍNEO: B RH: POSITIVO

-PAI: COMPLETO PARA LA EDAD, PRESENTA CARNET

-SOCIOECONÓMICOS: CONVIVE EN CASA DE MATERIAL, CUENTA CON ELECTRICIDAD Y AGUA CANALIZADA DESDE LA QUEBRADA, GAS DE PIPETA, 1 BAÑO CON POZA SÉPTICA, 2 HABITACIONES. ADULTOS: 2 NIÑOS: 2 INCLUYENDO LA PACIENTE

-ZOOCONTACTO: 1 PERRO 1 GATO GALLINAS CERDO

-NOXA AMBIENTAL: NIEGA

-NOXA EPIDEMIOLÓGICA: NIEGA CONTACTO CON SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- LÍNEA MATERNA: TIO EPILEPTICO, BISABUELA CON DISLIPIDEMIA Y BRADICARDIA SINUSAL
- LÍNEA PATERNA: ABUELA CON CA DE MAMA Y ÚTERO (FALLECIDA)

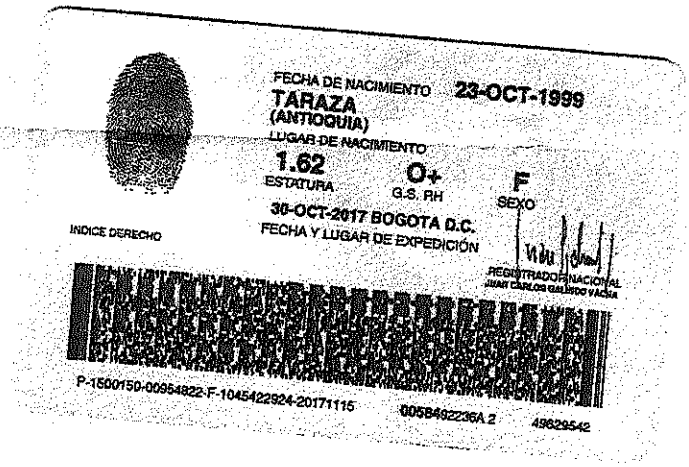
*MADRE: MICHEL DAYANA RODRIGUEZ PINTO, 25 AÑOS DE EDAD, CC: 1045422924 DE CARRAZA, ANTIOQUIA, OCUPACIÓN: AMA DE

3624



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.045.422.924
RODRIGUEZ PINTO
APELLIDOS
MICHEL DAYANA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1999
TARAZA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
30-OCT-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1500150-00954822-F-1045422924-20171115 005B492236A 2 49629542

la otra semana.

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Gnt Rivaldo Rivaldo			CC	57 436 564	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
01.09.1954	Santa Marta		Magdalena		Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
61	Hombre		CAJA COPI	Sindrome de Manguito Rotatorio	
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica. Visual. Multiple	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Hinqueo
Dirección de vivienda:		Cll 1. Crr. 4	
Barrio / Vereda		Villa esperanza	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazamiento forzado
Pertenencia étnica:	SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género			Femenino ✓ / Masculino

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Angela Benitez L	CC ✓	CE	PP	1.006.854.233
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hija.				Villa esperanza
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3018981999				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

3.626

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.436.564
RIVALDO RIVALDO

APELLIDOS
ENIT DEL CARMEN

NOMBRES

Enit Rivaldo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1964
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

12-ABR-1991 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2100100-00203054-F-0057436564-20091211 0018958677A 1 4430534158

5 627

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
ENIT	DEL CARMEN	RIVALDO	RIVALDO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 57436564

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2022	3	31

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
901010389

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	90.00
Cuidado Personal	93.75
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	87.50
Participación	90.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b229.3 b770.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s220.368
3. Codigos Actividades y Participación
d4501.4 d4600.3 d4602.3

3.625

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

3 629

9/29/2025 10:52:11 AM

Prosperidad Social

INSCRIPCIÓN
PROGRAMA COLOMBIA MAYOR
PROCESO GESTION PARA LA INCLUSION SOCIAL

CONSECUTIVO INSCRIPCIÓN 2110789 **CÓDIGO CM** 2110776

FECHA DE INSCRIPCIÓN 09/07/2018 **DEPARTAMENTO** LA GUAJIRA **MUNICIPIO** CIUDAD

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO
ENIT DEL CARMEN RIVALDO RIVALDO	57436564	1991/04/12	1984/09/01

URBANO:LOCALIDAD/COMUNA/BARRIO	RURAL:VEREDA/RESGUARDO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
	mingueo villa esperanza	CALLE 1 KRA 7

TELÉFONO FIJO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	ETNIA
	3178295042		

DATOS DE CONTACTO ALTERNATIVO

A continuación, se marca con (X) las variables que aplican al aspirante de acuerdo con la información entregada en el proceso de inscripción:

DISCAPACIDAD		SUBSIDIO EN DINERO.	
VICTIMA		VIVE SOLO Y SIN DEPENDENCIA ECONÓMICA	
RESIDENCIA FUERA DEL PAIS		TRASLADO DE MUNICIPIO	
ULTIMOS 10 AÑOS EN EL PAIS		APORTE A PENSION, MAYOR 65 AÑOS	

1. Manifiesto expresa y libremente mi intención de postularme para ser beneficiario del Programa Colombia Mayor.
2. Manifiesto bajo gravedad de juramento que estoy informado de los requisitos necesarios para ser beneficiario del Programa Colombia Mayor, y que cumplo con todos y cada uno de ellos, y no estoy incurso en alguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés para acceder al programa, y me comprometo a informar cualquier cambio que afecte la presente postulación.
3. Declaro que tengo conocimiento que el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, de conformidad con el artículo 6 del Decreto Legislativo 812 de 2020, podrá realizar modificaciones al Programa Colombia Mayor posteriores a esta postulación, en cuanto los criterios de inclusión, permanencia, exclusión y demás aspectos, para efecto del mejoramiento de la política social.
4. Bajo gravedad de juramento declaro que la información entregada es veraz, y autorizo para que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí declarados y en caso de inexactitud, se apliquen las sanciones contempladas en la ley y de la reglamentación del programa y autorizo que esta información sea utilizada para orientar las políticas sociales del gobierno.
5. De conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos Reglamentarios 1377 de 2013 y 886 de 2014, y en ejercicio de mi Derecho Constitucional a conocer, actualizar, autorizar y rectificar todo tipo de información recogida o, que haya sido objeto de tratamiento de datos personales en bancos o bases de datos y, en general en archivos de entidades públicas y/o privadas, por medio del presente documento me permito autorizar al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social y demás autoridades y operadores relacionados con el Programa Colombia Mayor, para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, recolecte, recaude, almacene, use, haga circular, suprima, procese, compile, intercambie, dé tratamiento, actualice y disponga de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en el presente formulario de postulación, así como en los demás sistemas de información a los cuales tenga acceso el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social y Operadores del Programa Colombia Mayor para el ejercicio de sus funciones.
6. De conformidad con lo señalado en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011, autorizo al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social y demás autoridades y operadores relacionados con el Programa Colombia Mayor, el envío de mensajes tipo SMS al número celular, al correo electrónico y/o a la dirección de residencia registrados en el presente formulario con el fin de recibir información, citaciones de notificación personal y demás información relacionada con el programa Colombia Mayor en el evento que quede en firme la inscripción.
7. Entiendo que el presente documento es una postulación y su presentación no otorga derecho al acceso al programa Colombia Mayor ni a la asignación del subsidio, que las declaraciones aquí efectuadas no garantiza que el solicitante cumpla con los requisitos de postulación, y por tales motivos estará pendiente al resultado definitivo, que será publicado en la oficina del Enlace Municipal.

FIRMA ASPIRANTE O SU REPRESENTANTE	Enit Rivalvo	Se acepta la firma del documento por medio de apoyos para el caso de personas en condición de discapacidad al tenor de la Ley 1996 de 2019. Para esto se debe presentar un "acuerdo de apoyo", que puedan suscribir en Notaría, un Centro de Conciliación, o por designación judicial.	Manifiesto no saber firmar, Autorizo a un testigo para la firma.	NOMBRE Y FIRMA TESTIGO
			huella dactilar del aspirante	
Nº IDENTIFICACIÓN	57436564			Nº IDENTIFICACIÓN TESTIGO

3.631

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 13 20 - 71 TELEFONO: 3114172501

Paciente	ENIT DEL CARMEN RIVALDO RIVALDO	**Tipo de Documento**	CC	**Identificacion**	CC 57436564
Fecha Nac	1/09/1964	**Edad**	61 años 1	**Sexo:**	F
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3012089696		
Escolaridad	No definido	**Ocupación**	No se tiene informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	RURAL		
Direccion	MINGUEO				
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	BENEFICIANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

ORDEN DE SERVICIO

No.: 8807550 **Edad del paciente:** 61 años 1 mes y 24días **Fecha de la nota:** 25/10/2025 10:15:31 a. m.

DESCRIPCIÓN

ORDEN DE SERVICIO	931000 TERAPIA FISICA INTEGRAL
DESCRIPCION	.36 FORTALECIMIENTO MUSCULO PARA VERTEBRALES
ORDEN DE SERVICIO	39143 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
DESCRIPCION	.3 MESES

Dx Ppal.: M544 LUMBAGO CON CIATICA
Dx Rel.1: M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO
Dx Rel.2:
Dx Rel.3:

CARLOS ANDRES MONTERO MARULANDA
RM RM - 0318
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 13 20 - 71 TELEFONO: 3114172501

Paciente	ENIT DEL CARMEN RIVALDO RIVALDO	Tipo de Documento	CC	Identificacion	CC 57436564
Fecha Nac	1/09/1964	Edad	61 años 1	Sexo:	F
Etnia	Ninguno de los anteriores	Teléfono	3012089696		
Escolaridad	No definido	Ocupación	No se tiene informacion		
Ciudad	DIBULLA	Zona	RURAL		
Direccion	MINGUEO				
Estado civil	Soltero(a)	Régimen	BENEFICIANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA LUMBAGO
MANGUITO ROTADOR

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

PLAN O MANEJO AINES
TERAPIA FISICA
CONTROL ORTOPEDIA

JUSTIFICACIÓN VOM

Dx Ppal.: M544 LUMBAGO CON CIATICA
Dx Rel.1: M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO
Dx Rel.2:
Dx Rel.3:

CARLOS ANDRES MONTERO MARULANDA
RM RM - 0318
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.854.233
BENITEZ RIVALDO

APELLIDOS

ANGELA PATRICIA

NOMBRES

ANGELA BENITEZ

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1991

DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

11-SEP-2009 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

F-48030503-00186842-F-1006854233-20091027 0017488630A 1 2561677

3634

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Enrique Javi Pavajeau			CC	1.193 524 533	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
					Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
25	Hombre	✓	CAJA COPI		
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
intelectual	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Maicao
Dirección de vivienda:		Conoco, 13 # 6	
Barrio / Vereda		20 de Enero	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ NO	¿Cuál?
Género		Femenino	
		Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Abraelis De La Hoz	CC ✓	CE	PP	26. 666. 702
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
mama	mama			20 de enero
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
311 629 0653				

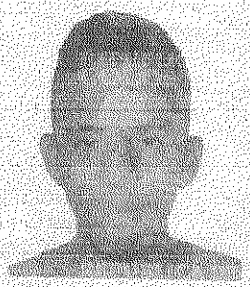
3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
no		

5 635

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.524.533
PAREJO DE LA HOZ
APELLIDOS
ENRIQUE JAVID
NOMBRES



Enrique
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-2000
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
14-NOV-2018 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-4800500-01055570-M-1193524533-20190115 0064176786A 1 50488436

3.636

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
CHER MICHELLE CHARRIS ARTETA	Medicina	CC-1044801884 Cher Charris
ELIBETH CAROLINA VALENCIA MEZA	Terapia ocupacional	CC-1124361343 Valencia
VANESSA GOLDA JOIRO HERNANDEZ	Fonoaudiología	CC-40984392 Vanessa Joiro

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *ENRIQUE JAVID PAREJO DE LA HOZ* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Enrique Javid Parejo de la Hoz
Nombre y Firma

26666702
Documento: TI-1193524533

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

3 639

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ENRIQUE	JAVID	PAREJO	DE LA HOZ

1.5 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: 1193524533

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
FUNDACION REINTEGRAR RV	2021	10	5

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	87.50
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	40.00
Participación	81.25
GLOBAL	61.67

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.3 b114.2 b117.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s7600.361

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d310.3 d879.4

3638

		Código: [illegible]
	PROCESO: REGISTRO Y VALORACIÓN	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: NOVEDADES Y ACTUALIZACIONES	Fecha: 28/02/2020
		Pagina: 1 of 1

Solicitud Numero: 2013064 **Fecha Solicitud:** 27/06/2023 09:31:13 a.m.

Entidad Radica Solicitud: Subdirección De Valoración Y Registro - Enlaces Municipales

País: Colombia
Depto./Estado: La Guajira
Mun./Ciudad: Dibulla

Solicitante: Aracelis Maria De La Hoz Bolaño
Tipo Documento: Cedula De Ciudadanía / Contraseña
Número Documento: 26666702
Petición: Novedad en el Registro Único de Víctimas

[illegible]

Novedad Enfoque Diferencial - Discapacidad Numero: 2296976

Nombre: ENRIQUE JAVID PAREJO PAREJO
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANÍA / CONTRASEÑA
Documento: 1193524533

Soporte: RESOLUCIÓN 113 DE 2020
Categoria discapacidad: INTELECTUAL
Tiene condición de discapacidad: NO

Teléfono, Celular o Correo Electrónico: 3006635464

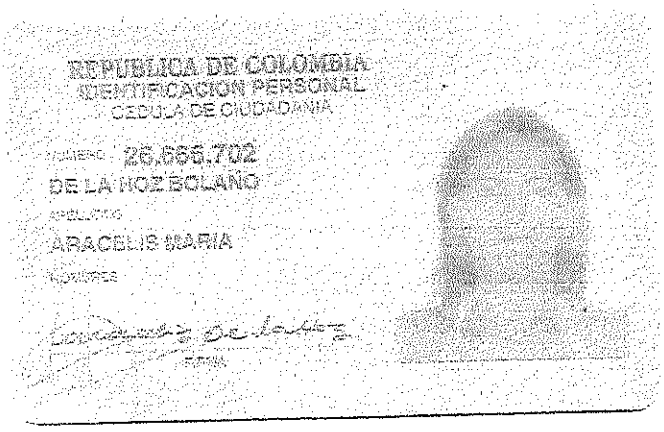
Ubicación: K 13 CALLE 7A 6 CORREGIMIENTO MINGUEO

Aracelis De la Hoz
Firma del solicitante

Numero de identificacion
26666702

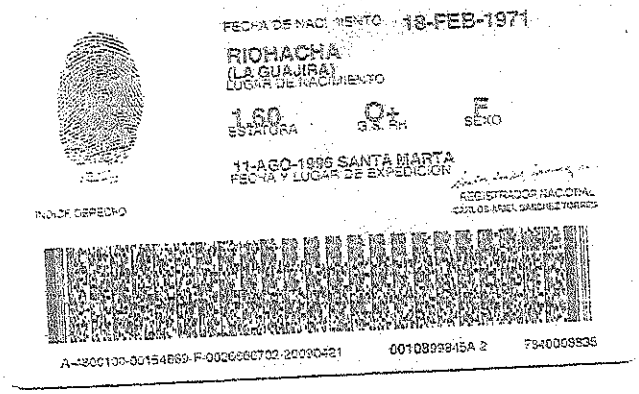
Huella

3.639



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.556.702
DE LA HOZ BOLAÑO
APELLIDOS
ARACELIS MARIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1971
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
11-AGO-1995 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1300100-00154869-F-0026556702-20090421 0010999945A 2 7940009935

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos				Tipo identificación:		Número	
Estefa María Jaramillo				CC		No. 922. 290	
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:		Departamento:		Ciudad / Municipio:	País:
06/02/1966.		Dibulla.		La Guajira			Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico		Fecha de ingreso a la Modalidad:	
58	Hombre		Cajacopi				
	Mujer	✓					
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad			RLCPcD	
Física			SÍ ✓	NO		SÍ	NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:			
SÍ	NO	La Guajira		Manaure			
Dirección de vivienda:		Calle 5 Carrera 4 # 4-22					
Barrio / Vereda		San Martin					
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?			
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál? Desplazamiento Forzado			
Género		Femenino ✓					
		Masculino					

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Yuleccis Mariños Jaramillo	CC ✓	CE	PP	1.723 408 669.
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hija	Hija			
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
313 544 6922.				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 40.922.290



Apellidos
LEVETTE RIVADENEIRA

Nombres
ESNEIDA MARIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
F

Fecha de nacimiento
06 FEB 1966

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
RIOHACHA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
03 MAR 1987. RIOHACHA

Firma

Fecha de expiración
20 ENE 2035

ICO

0731497988

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0731497986480O1<<<<<<<<<<
6602060F3501209COL40922290<<<5
LEVETTE<RIVADENEIRA<<ESNEIDA<M

5.642

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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
ESNEIDA	MARIA	LEVETTE	RIVADENEIRA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 40922290

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2023	4	20

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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	75.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b770.3 b780.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 d4600.3 d4602.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	40922290
NOMBRES	ESNEIDA MARIA
APELLIDOS	LEVETTE RIVADENEIRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	LA GUAJIRA
MUNICIPIO	DIBULLA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	17/11/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/21/2025 19:05:24	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 40922290 **LEVETTE RIVADENEIRA ESNEIDA MARIA** **M, 59 Años (6-Feb-1966)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

AE MEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINARIO

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVIS

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SI MA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

****MORISKY-GREEN****

¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?: No

¿Toma la medicación a la hora indicada?: Si

Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomar la medicación?: No

Si alguna vez se siente mal, ¿Deja de tomar la medicación?: No

RESULTADO: 0.00 ADHERENTE

****AGUDEZA VISUAL****

AGUDEZA VISUAL

27- Agudeza visual lejana ojo izquierdo: 4 -Entre 20/25 y 20/40

28- Agudeza visual lejana ojo derecho: 4 -Entre 20/25 y 20/40

****TODA LA POBLACION****

Toda la población

110- Fecha de toma de tamizaje hepatitis C (1835-01-01=No se realiza por otras razones): 1-Ene-2025 00:00 am

42- Resultado de tamizaje para hepatitis C: 5 -No reactivo

EVOLUCIÓN O ANALISIS

PACIENTE FEMENINA, 59 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL . ASISTE PARA CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR. ES ADHERENTE A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. ACTUALMENTE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS NORMALES, CLÍNICAMENTE ESTABLE, HIDRATADO, AFEBRIL, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE, SE CONSIDERA CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MÉDICO INSTAURADO, SE SOLICITA CITA CONTROL EN UN MES, SE BRINDAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, QUE PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
TRAE RPEORTE DE LABORATORIO (16/09/2025) CELULAS EPITELIALES BAJAS 0-2 XC HEMATIES 0-2 XC BACTERIAS +++ LEUCOCITOS 10-12 XC OXALATO DE CALCIO +

COLESTEROL TOTAL 392 MG/DL

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

1. CONTINUAR RUTA DE ALTO RIESGO METABÓLICO
2. MEDICAMENTOS:
- LOSARTAN TABLETA 50MG. USO: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS
- AMLODIPINO TABLETA 5 MG. USO: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS
- ACIDO ACETIL SALICILICO TABLETA 100MG . USO: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS
- HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG. USO: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS
- ACIDO FENOFIBRICO 135 MG/ ROSUVASTATINA 10 MG TABLETA. USO: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS
-ESOMEPRAZOL TABLETAS 20MG, USO: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS
3. PARACLÍNICOS:
- SE SOLICITA PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL TOTAL, COLESTEROL HDL, COLESTEROL LDL, TRIGLICÉRIDOS), UROANÁLISIS, GLUCOSA EN AYUNAS, CREATININA EN SANGRE O SUERO, PSA
4. VALORACIONES:
- SE SOLICITA VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 40922290 **LEVETTE RIVADENEIRA ESNEIDA MARIA** **M, 59 Años (6-Feb-1966)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

- CITA CONTROL EN 3 MESES
5. RECOMENDACIONES GENERALES: EVITAR EL CONSUMO DE GRASAS, HARINAS Y DULCES, DISMINUIR LA SAL EN LA DIETA, REALIZAR EJERCICIOS DE TIPO CARDIOVASCULAR COMO CAMINAR, TROTAR, BICICLETA O ELÍPTICA MÍNIMO 30 MIN POR DIA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, NO FUMAR, IMPORTANTE NO SUSPENDER EL TRATAMIENTO SIN ORDEN MEDICA.
6. SIGNOS DE ALARMA: DOLOR TORÁCICO, SÍNCOPE, SENSACIÓN DE TAQUICARDIA, CEFALEA INTENSA CON VISIÓN BORROSA O TINITUS, MAREOS

****FECHA PROXIMA CITA****

Fecha próxima cita

Fecha próxima Cita: 30/12/2025

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-112804
Principal de consulta: [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - Confirmado nuevo

Servicio de egreso: 1415 PROGRAMA DE HIPERTENSION
En internación

No se hicieron Remisiones

****Enfoque Diferencial****

Enfoque Diferencial

Poblacion Especial: Ninguna

En Situacion de Discapacidad: No

Código pertenencia etnica: 7- Ninguna de las anteriores

Zona: Urbana

Codigo de Ocupación: 9996- Ama de Casa

Código Nivel Educativo: 13- Ninguno

Orden médica: 440900022701-OMED-94568, 30-Sep-2025

- ACETIL SALICILICO ACIDO TABLETA 100 MG -, TABLETA CON O SIN RE, #90, ORAL, 1 Cada 24 horas

- AMLODIPINO TABLETA 5 MG, TABLETA CON O SIN RE, #180, ORAL, 1 Cada 12 horas

- ESOMEPRAZOL 20MG - TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #90, ORAL, 1 Cada 24 horas

- HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG, TABLETA CON O SIN RE, #90, ORAL, 1 Cada 24 horas

- LOSARTAN POTASICO 50 MG - TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #180, ORAL, 1 Cada 12 horas

- ACIDO FENOFIBRICO 135 MG/ ROSUVASTATINA 10 MG, #90, ORAL, 1 Cada 24 horas

- HEMOGRAMA I [ ] METODO MANUAL + CUADRO HEMATICO

- MICROALBUMINURIA POR EIA +

- COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

- COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO

- COLESTEROL TOTAL

- GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - GLICEMIA

- NITROGENO UREICO [BUN] *+

- TRIGLICERIDOS +

- UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA (PARCIAL DE ORINA)

Orden médica: 440900022701-OMED-94569, 30-Sep-2025

- ASCORBICO ACIDO TABLETA 500 MG (VITAMINA C), TABLETA CON O SIN RE, #14, ORAL, 1 Cada 12 horas

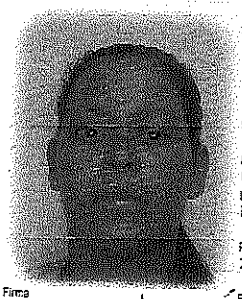
- CARBONATO DE CALCIO 600 MG + VITAMINA D3 200 UI - TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #90, ORAL, 1 Cada 24 horas

- CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) TABLETA 500 MG DE BASE, TABLETA CON O SIN RE, #14, ORAL, 1 Cada 12 horas

3 647

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
MARQUEZ LEVETTE

NUIP 1.123.408.669

Nombres
YULICETH YURAIMA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.62

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 JUL 1992

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
RIOHACHA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
28 JUL 2010, DIBULLA

Firma

Fecha de expiración
21 ENE 2035

.CO

073152370

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL073152370048005<<<<<<<<<<
9207019F3501210COL1123408669<3
MARQUEZ<LEVETTE<<YULICETH<YURA

3648

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Evaristo Mendoza Diaz			CC.	5.159.210	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
16/06/1951	Fonseca		La Guajira	Fonseca	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
74	Hombre	✓	Caja Copi	Amputacion de miembro inferior izquierdo	
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica.	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Mingueo
Dirección de vivienda:		CRA 2# 4-26	
Barrio / Vereda		San Martin	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO ✓	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género		Femenino	
		Masculino ✓	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Yusmari Mendoza Ballesteros	CC	CE	PP ✓	5252709
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hija	Hija			CRA 2#4-26
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3147607270-3206340083				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No		

3.649

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 5.159.210
MENDOZA DIAZ
APELLIDOS
EVARISTO
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1951
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.79 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-DIC-1973 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01340645-M-0005159210-20230202 0096851890A 1 8506043204

5 650

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
EVARISTO		MENDOZA	DIAZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 5159210

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	3	24

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901010389

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	4.17
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	81.25
Participación	93.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b770.4 b780.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s798.278

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.4 d4500.4 d4602.4

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

3.652

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

NIT 825.001.037-1

Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: gerencia@esehospitalsantateresadibulla.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

440900022701 - ORDS - 116159

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE MINGUEO

IDENTIFICACIÓN No. CC 5159210

FECHA DE REMISION 9-Oct-2025 03:19 pm

NOMBRE DEL PACIENTE MENDOZA DIAZ EVARISTO

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

EDAD	SEXO M	SEXO F
74 Años		X

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [44] — CALLE — 3023149745 — -BARRIO SIN DATO

MUNICIPIO: DIBULLA [090] — DIRECCION — TELEFONO — BARRIO / VEREDA

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO — DIRECCION — TELEFONO — CIUDAD / BARRIO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

CAJACOPI — CCF055 — [1 X] [2] [3] — UROLOGÍA

NOMBRE — CODIGO — NIVEL INST. — SERVICIO A DONDE SE REMITE

IMPRESION DIAGNOSTICA

HIPERPLASIA DE LA PROSTATA CODIGO: [N40X]

TIPO DX: Confirmado nuevo

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

SE SOLICITA VALORACION POR UROLOGIA POR CONSULTA EXTERNA

Doctor
Carlos A. Peña Salazar
MEDICO GENERAL
RM: 76065865

INSTITUCIÓN QUE REMITE

440900022702

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MED- CARLOS PEÑA SALAZAR Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA : SI [1] NO [2] — Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO :

CODIGO

NIVEL DIAG. 1 2 3

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2]

FECHA MUERTE Mes Día Año Hora — A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO: MD [1] QX [2] MD - QX [3]

Dx Intervención Quirurgica:

CODIGO INTERVENCION

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA 1 2 3

INSTITUCION QUE RESPONDE

CODIGO INST.

NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE

FIRMA

FECHA RESPUESTA Mes Día Año

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 5159210 **MENDOZA DIAZ EVARISTO** **H, 74 Años (16-Jun-1951)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado, Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 79, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.4ºC, Peso: 62.4 Kgs., Talla: 179 cms., IMC: 19.48 Peso Normal , Perímetro cintura: 95 Riesgo elevado, Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 150 / 90 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 110), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

AUSENCIA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

PACIENTE MASCULINO DE 74 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE A CONSULTA EN CONTEXTO ANTERIORMENTE DESCRITO. ACTUALMENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN DETERIORO NEUROLÓGICO APARENTE, SIN DATOS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA, TOLERANDO OXÍGENO AMBIENTE SIN DESATURACIONES PERIFÉRICAS, TOLERA VÍA ORAL SIN COMPLICACIONES. CON ANTECEDENTE DE HIPERPLASIA PROSTATICA QUIEN REFIERE CUADROS DE ANURIA Y HEMATURIA EL CUAL NO HA SIDO VALORADO POR UROLOGÍA POR LO QUE SE SOLICITA PARA QUE CONTINÚE CONTROL DE PATOLOGÍA Y DETERMINAR CONDUCTAS ADICIONALES. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA INGRESAR POR URGENCIAS. PACIENTE Y FAMILIAR AMPLIAMENTE INFORMADO QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA MÉDICA.

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

1. PARACLÍNICOS:
- SE SOLICITA PSA CONTROL
2. VALORACIONES:
- SE SOLICITA VALORACIÓN POR UROLOGÍA POR CONSULTA EXTERNA
3. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-116159
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Confirmado nuevo

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

Remitido a: UROLOGÍA / CAJACOPI

Documento de venta asociado

ORDS-116159
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

Doctor
Carlos A. Peña Salazar
MÉDICO GENERAL
RM: 1006569063

PROFESIONAL: [1060] MED- CARLOS PEÑA SALAZAR - Identificación: CC 1006569063 - Registro: 1006569063 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIA Y DOMICILIARIA
[440900022702] MINGUEO

3.655

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5252709

MENDOZA BALLESTEROS
APELLIDOS

YUSMARI DEL CARMEN
NOMBRES

VEN
LUGAR DE NACIMIENTO

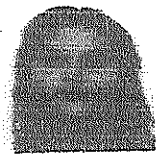
F
SEXO

27846781
DOCUMENTO

10-10-1996
FECHA DE NACIMIENTO

24-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



YUSMARI

FIRMA

E0824901

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información relacionada.

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5252709<<4<<<<<<<<<<<<<<<
9610105F3105308VENE0824901<<<6
MENDOZA<BALLESTEROS<<YUSMARI<D

3147607270

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Felipe Varela			@@	5096905	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
28-11-1946	Santa Marta		Magdalena	Santa Marta	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
59 Años	Hombre	✓	Cajacopi		
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Visual	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO		

Dirección de vivienda:	Cll 3 kr 12 # 11-65		
Barrio / Vereda	7 de Junio		
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO ✓	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ ✓	NO	¿Cuál? Afro.
Género	Femenino		
	Masculino ✓		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Iris Isabel Sanchez Gonzalez	CC ✓	CE	PP	27041911
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Cuidadora	Cuidadora			cll 3 kr 12 # 11-65
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3207298196				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.096.905

VARELA

APELLIDOS

FELIPE

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-NOV-1946

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

19-ENE-1970 ASTREA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00484861-M-0005096905-20131003 0035266465A 1 40406767

Felipe 3660

IPSI SOLWAYUU
NIT: 900270453
COD. PRESTADOR: 440900071204

I.P.S.I. SOLWAYUU
Por la salud de nuestra comunidad!

HISTORÍA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL

Referencia: 1130963

IDENTIFICACIÓN CC. 5096905	**NOMBRES Y APELLIDOS** FELIPE VARELA	**FECHA NACIMIENTO** 28/11/1946	**EDAD** 79 AÑOS, 0 MESES, 3 DIAS
SEXO MASCULINO	**ESTADO CIVIL** SOLTERO	**PERTENENCIA ETNICA** NINGUNO	**GRUPO POBLACIONAL** NINGUNO
NIVEL DE ESTUDIO BASICA PRIMARIA	**OCUPACION** SIN INFORMACION	**DIRECCIÓN** CL 3 # 11 - 55 Barrio Jesus Olivella	**TELÉFONO** 3132576232
FINANCIADOR CAJACOPI EPS	**RÉGIMEN** SUBSIDIADO	**FECHA DE ATENCION** 01/12/2025 04:05 PM	

DATOS DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA

VALORACIION

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 79 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE LIMITACION FISICA POSTERIOR A FRACTURA DESPLAZADA DE CUBITO Y RADIO BRAZO IZQUIERDO, HACE 25 AÑOS (AÑO 1995) CON POSTERIOR DEFORMIDAD Y LIMITACION PARA LA MOVILIZACION Y LA FUNCION, ASISTE POR CUADRO DE DOLOR EN EL MISMO Y VALORACION

REVISIÓN POR SISTEMA

NORMAL

ES SINTOMATICO	NO	ES VICTIMA DE MALTRATO	NO	ES VICTIMA DE VIOLENCIA	NO

ANTECEDENTES

MEDICOS FAMILIARES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Enfermedad Mental	NO	Tabaquismo	NO
Alcoholismo	NO	Drogo dependencia	NO	Dislipidemia	NO	Cancer	NO
Candivascular	NO	Convulsiones	NO	Otros antecedentes	NO		

PERSONALES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Cardiopatia	NO	Tuberculosis	NO
Consumo de Alcohol	NO	Consumo de Tabaco	NO	Quirurgicos	NO	Cancer	NO
Alergicos	NO	Toxicoambientales	NO	EPOC	NO	Otros antecedentes	NO

EXÁMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Peso (Kgs)	58.8	Talla (cms)	162	Frecuencia cardiaca	80
Tension Arterial	120/80	Frecuencia respiratoria	20	Temperatura	36.5
Imc	22.405	Clasificación IMC	Normal		

INSPECCIÓN FÍSICA

PIEL Y FANERAS	SIN CAMBIOS EN EL PIGMENTO - LLENADO CAPILAR MENOR A 2seg
GENITO URINARIO	NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE.
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	CONSCIENTE - ALERTA - ORIENTADO EN LA TRES ESFERAS - SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO. SIN ALTERACION DE PARES CRANEALES. GLASGOW 15/15

CABEZA - CARA - CUELLO	NORMOCÉFALO - PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ FOSAS NASALES PERMEABLES - MUCOSA ORAL HUMEDA - FARINGE ROSADA AMÍGDALAS NO AUMENTADAS. CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS.
CARDIO PULMONAR	SIMÉTRICO EXPANSIBLE - SIN TIRAJES MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES - RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
EXTREMIDADES	SIMÉTRICAS - SIN EDEMA - DEFORMIDAD Y LIMITACION A LA MOVILIZACION EN CUBITO Y RADIO DISTAL EN BRAZO IZQUIERDO.
ABDOMINAL	PERISTALSIS NORMAL.- BLANDO - DEPRESIBLE - NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN - SIN VISEROMEGALIAS - SIN MASAS - SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
OTRAS OBSERVACIONES	

DIAGNÓSTICO

Fecha	Diagnóstico	Tipo
01/12/2025	[Diagnóstico principal] Z736.Problemas relacionados con la limitacion de las actividades debido a discapacidad	1 - IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
01/12/2025	SE DAN RECOMENDACIONES COMO: LA IMPORTANCIA PARA UNA ALIMENTACION BALANCEADA HIPOSODICA, HIPOGRASA, HIPOGLUCIDA, SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AL MENOS 30 MINUTOS DIARIOS, NO CONSUMIR SUSTANCIAS SPICOACTIVAS, TABACO O ALCOHOL, SE LE EXPLICA LA IMPORTANCIA DEL LAVADO CONSTANTEMENTE DE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN, USO DE REPELENTES Y MEDIDAS DE PREVENCION DEL DENGUE COMO USAR, ROPA LARGA, NO ACUMULAR AGUA ESTANCADA, USO DE TOLDILLOS. SIGNOS DE ALARMA COMO: DOLOR TORÁCICO INTENSO IRRADIADO O NO A BRAZO, CARA, EPIGASTRIO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DESMAYO, CIANOSIS PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD O MOVIMIENTOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, LENGUA EMPELOTADA O PARÁLISIS FACIAL, ALTERACIONES DE LA MEMORIA RECIENTE. ACUDIR INMEDIATAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS.

PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA ATENCION	YULIBETH DAZA GONZALEZ	C.C.58078264	R.M. :	2931	FIRMA:

fdpe. 3.663

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **27.041.911**

SANCHEZ GONZALEZ
APELLIDOS

IRIS ISABEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-DIC-1978**
MAICAO
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-ENE-1998 MAICAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4801000-00375261-F-0027041911-20120511 0029875994A 1 37787481

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Gedifredo Brito			CC	17830014	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
09/01/1946	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
78	Hombre	✓	Caja Copi	Glaucomas terminal	
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Visual	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		San martin	
Barrio / Vereda		Calle 3 #4-73	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Forzado
Pertenencia étnica:		SÍ ✓ NO	¿Cuál? Afrodescendiente
Género		**Femenino**	
		Masculino ✓	

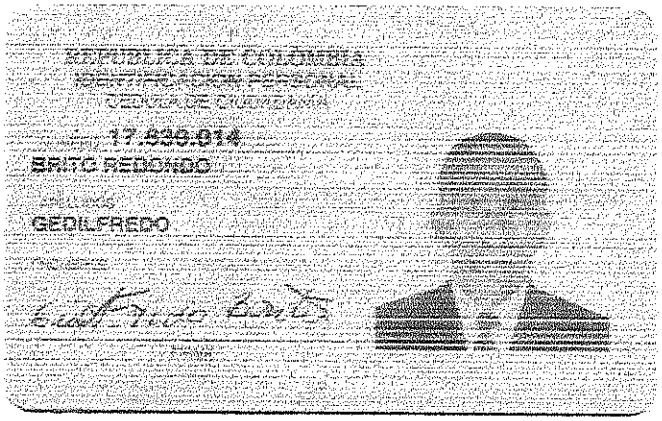
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

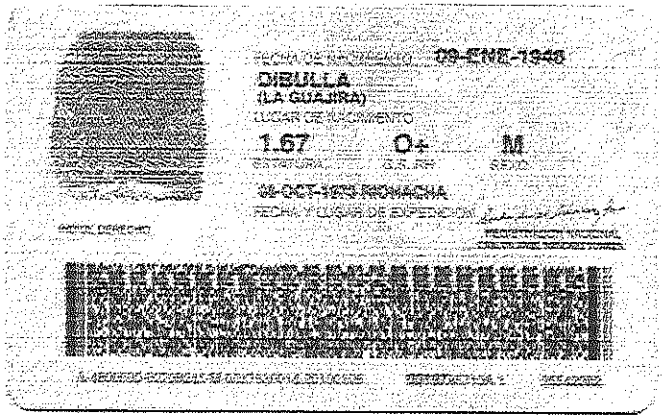
Nombres y Apellidos	Tipo identificación:	Número:
Gedifredo	CC X CE PP	1123.403.776
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**	**Dirección**
El mismo	El mismo	San martin
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**	
3016985105		

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

5665





3244021798

3.660

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
GEDILFREDO		BRITO	REDONDO
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
LA GUAJIRA		DIBULLA	

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: 17830014

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	12	5

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901221205

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	8.33
Movilidad	10.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2100.3 b2101.3 b2108.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.373 s2204.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.2 d640.3 d879.3

3609

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Genesis Lugo Sant			CC	1.123409.000	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
25 feb/2004	Venezuela				
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
17	Hombre		Cafesalud EPS	Sindrome Down	
	Mujer	✓			
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Intelectual			SÍ	NO	SÍ NO
Cuenta con PARD abierto			Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO		Cesar	Dibulla - Mingueo	
Dirección de vivienda:			Campo alegre.		
Barrio / Vereda			Entrada Uveno		
Se reconoce como víctima del conflicto armado			SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:			SÍ	NO	¿Cuál?
Género			Femenino		
			Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número: 1.123.401.503
Rosa San Martin		CC ✓	CE	PP	
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Madre.	Madre.				Campo alegre.
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
314.738 4628					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

3620

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.409.000



Apellidos
LUGO SAN MARTIN

Nombres
GENESIS ESTHER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.40

Sexo
F

Fecha de nacimiento
25 FEB 2007

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
16 ABR 2025, DIBULLA

Fecha de expiración
16 ABR 2035

Firma

NO FIRMA

.CO

0789506 25

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0789506250480O5<<<<<<<<<<
0702256F3504163COL1123409000<1
LUGO<SAN<MARTIN<<GENESIS<ESTHE

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: TI 1123409000 LUGO SAN MARTIN GENESIS ESTHER M, 17 Años (25-Feb-2007)

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDOMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

ALTERADO POR DISCAPACIDAD-

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

PACIENTE FEMENINO DE 17 AÑOS DE EDA DQUIEN CONSULTAEN COMPAÑIA DE MADRE PARA VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EN EL CENTRO DE SALUD DE MINGUEO. PACIENTE CON SINDROME DE DOWN. CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SE VALORA PACIENTE ENCONTRÁNDOSE ACTUALMENTE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, TRANQUILA, HIDRATADO, AFEBRIL HEMODINÁMICAMENTE TESABLE, TOLERANDO OXÍGENO AMBIENTE. TOLERANDO VIA ORAL , PAPCIENTE QUEIN NO SE UBICA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA DEBIDO A DISCAPAIDAD INTELECTUAL POR PATOLOGIA DE BASE.PACIENTE QUUIEN YA CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SE SOLICITA VALORACION CON TRABAJO SOCIAL. PARA ACOMPAÑAMIENTO SE INDICAN RECOMENDACIONES PERTINENTES DE BUENA ALIMENTACIÓN, PRÁCTICAS SALUDABLES.SE CONTINUA SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL O MEDICINA ESPECIALIZADA EN CASO QUE LO REQUIERA. SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA DE MANERA CLARA QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTA

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SS/VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE: REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN SALUDABLE, USO DE TIEMPO LIBRE, LAVADO DE MANOS, CUIDADOS DE LA PIEL. NO HÁBITOS TÓXICOS
SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL
SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR A URGENCIAS
TA CONTROL
[illegible]
Numero de Venta: 44090002270I-ORDS-65855
Tipo de consulta: [Q909] SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO - Control nuevo
Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En Internación
No se hicieron Remisiones
Documento de venta asociado
ORDS-65855
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

María Paula Salgado

[illegible] - Registro [illegible]
[illegible] MEDICINA DE URGENCIAS Y HOSPITALARIA
[illegible] MINGUEO

3.695

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Gerson De Jesus acosta			CC	1148143419	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
24-4-1998	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
27	Hombre	✓	Cajaco Ipi	Parálisis cerebral.	
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Fisica Motora			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto			Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO		La Guajira	Dibulla - Mingueo	
Dirección de vivienda:			Calle 55-32		
Barrio / Vereda			San martin		
Se reconoce como víctima del conflicto armado			SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:			SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género			Femenino / Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Rosalba Posado		CC X	CE	PP	
Parentesco	*Rol (padre-madre-cuidador)*				*Dirección*
madre	madre				Calle 55-32
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3016392935					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

3676

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.148.143.419



Apellidos
ACOSTA ROSADO

Nombres
GERSON DE JESUS

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.40	M

Fecha de nacimiento
24 ENE 1997

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
13 FEB 2015 DIBULLA

Firma
NO FIRMA

Fecha de expiración
10 MAYO 2033

.CO

022896861

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL022896861248005<<<<<<<<<<
9701241M3305108COL1148143419<9
ACOSTA<ROSADO<<GERSON<DE<JESUS

5672

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
GERSON	DE JESUS	ACOSTA	ROSADO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1148143419

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2022	12	9

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI	X	NO	
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	Puntaje
Cognición	100.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	84.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.2 b199.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d310.4 d4501.4 d920.3

IPSI SOLWAYUU
NIT: 900270453
COD. PRESTADOR: 440900071204

I.P.S.I. SOLWAYUU
Por la salud de nuestra comunidad!

HISTORÍA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL

Referencia: 1122698

IDENTIFICACIÓN CC. 1148143419	**NOMBRES Y APELLIDOS** GERSON DE JESUS ACOSTA ROSADO	**FECHA NACIMIENTO** 24/01/1997	**EDAD** 28 AÑOS, 9 MESES, 12 DIAS
SEXO MASCULINO	**ESTADO CIVIL** SOLTERO	**PERTENENCIA ETNICA** NINGUNO	**GRUPO POBLACIONAL** POBLACION DESMOVILIZADA
NIVEL DE ESTUDIO BASICA PRIMARIA	**OCUPACION** Acompañantes	**DIRECCIÓN** CALLE 5 N- 5-32	**TELÉFONO** 3126130700
FINANCIADOR CAJACOPI EPS	**RÉGIMEN** SUBSIDIADO	**FECHA DE ATENCION** 05/11/2025 03:37 PM	

DATOS DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA

RENOVAR ORDEN

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 28 AÑOS DE EDAD, QUIEN ASISTE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU PADRE (LACIDES ACOSTA) DEBIDO A QUE TIENE ANTECEDENETS PATOLOGICOS DE PARALISIS CEREBRAL POR MENINGITIS, SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO MEDICO CON CARBAMAZEPINA TAB 200 MG TOMAR 1 TABLETA Y MEDIA CADA 24 HORAS, INDICA QUE NO TIENE MEDICACION.
CABE RESALTAR QUE SE ENCUENTRA EN CONTROL CON NEUROLOGIA Y TIENE MANEJO EN CASA CON MEDICINA GENERAL, MEDICINA INTERNA, NUTRICION Y TERAPIA FISICA, ACUDE AL SERVICIO EL DIA DE HOY POR VENCIMIENTO DE ORDEN POR LO QUE SOLICITA RENOVARLA .

REVISIÓN POR SISTEMA

NORMAL

ES SINTOMATICO	NO	ES VICTIMA DE MALTRATO	NO	ES VICTIMA DE VIOLENCIA	NO

ANTECEDENTES

MEDICOS FAMILIARES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Enfermedad Mental	NO	Tabaquismo	NO
Alcoholismo	NO	Drogo dependencia	NO	Dislipidemia	NO	Cancer	NO
C vascular	NO	Convulsiones	NO	Otros antecedentes	NO		

PERSONALES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Cardiopatia	NO	Tuberculosis	NO
Consumo de Alcohol	NO	Consumo de Tabaco	NO	Quirurgicos	NO	Cancer	NO
Alergicos	NO	Toxicoambientales	NO	EPOC	NO	Otros antecedentes	SI

EXÁMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Peso (Kgs)	34	Talla (cms)	150	Frecuencia cardiaca	80
Tension Arterial	100/60	Frecuencia respiratoria	20	Temperatura	36.5
Imc	15.111	Clasificación IMC	Delgadez		

INSPECCIÓN FÍSICA

PIEL Y FANERAS	SIN CAMBIOS EN EL PIGMENTO - LLENADO CAPILAR MENOR A 2seg
GENITO URINARIO	NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	PARALISIS CEREBRAL
CABEZA - CARA - CUELLO	NORMOCÉFALO - PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ FOSAS NASALES PERMEABLES - MUCOSA ORAL HUMEDA - FARINGE ROSADA AMÍGDALAS NO AUMENTADAS. CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS.
CARDIO PULMONAR	SIMÉTRICO EXPANSIBLE - SIN TIRAJES MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES - RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
EXTREMIDADES	SIMÉTRICAS - SIN EDEMA - SIN LIMITACION A LA MOVILIZACION.
ABDOMINAL	PERISTALSIS NORMAL.- BLANDO - DEPRESIBLE - NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN - SIN VISEROMEGALIAS - SIN MASAS - SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
OTRAS OBSERVACIONES	

DIAGNÓSTICO

Fecha	Diagnóstico	Tipo
05/11/2025	[Diagnóstico principal] G809.Paralisis cerebral, sin otra especificacion	3 - CONFIRMADO REPETIDO

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
05/11/2025	SE DAN RECOMENDACIONES COMO MANTENER ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AL MENOS 30 MIN DIARIOS, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS A DIARIO. SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR INMEDIATAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS COMO: ASFIXIA O DIFICULTAD PARA RESPIRAR (O INCLUSO SENSACIÓN DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR). DOLOR EN EL PECHO AL RESPIRAR O TOSER. DECAIMIENTO O CANSANCIO EXCESIVO. FIEBRE PERSISTENTE MAYOR DE 38°C DURANTE MÁS DE DOS DÍAS QUE NO CEDE CON ANTIPIRETICOS. EXPECTORACIÓN PURULENTA O CON PINTAS DE SANGRE, CIANOSIS, CONVULSIONES, VOMITAR TODO LO QUE COME, DIARREA ABUNDANTE CON PRESENCIA DE SANGRE O MOCO, DOLOR TORÁCICO O PRECORDIAL. S/S VALORACION POR MEDICINA INTERNA

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Fecha	Medicamento	Cantidad	Posología
05/11/2025	CARBAMAZEPINA TAB 200 MG	180 Tableta	

PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA ATENCION	YULIBETH DAZA GONZALEZ	C.C.56078264	R.M. :	2931	FIRMA: Yulibeth Daza Gonzalez Medico General R.M. 2931 Universidad Nacional

3680



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.830.128
ACOSTA BLANCO

APELLIDOS
LACIDES ENRIQUE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1961
AGUSTIN CODAZZI
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

14-DIC-1981 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00203390-M-0017830128-20081215 0019074196A 1 4582114497

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:	Número
Guillermo Leon Barrero Restrepo	CC	17.830.018

Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
22 07 1957	Dibulla	La Guajira	Dibulla	Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
68	Hombre	✓	Dusakawi	Trastorno psicoactivo agudo Trastorno mental debido a lesion y disfuncion cerebral y a enfermedad F06.9	DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Movilidad Motora Fisica	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Maicao
Dirección de vivienda:		Calle 5 Carrera 11 - # 3-14	
Barrio / Vereda		San Martin	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Desplazado
Pertenencia étnica:	SÍ ✓ NO	¿Cuál?	Afro Colombiana
Género		Femenino	
		Masculino X	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Juana Antonia Barrero Rebolledo	CC ✓	CE	PP	40 011 016

Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)	Dirección
Hermana	Hermana	Calle 5 Carrera 4

Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico
312 554 9860	

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No			Mañana
			Tarde
Institución pública	Institución privada		Jornada Completa

Nombre del establecimiento educativo	Grado-Curso

4. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD

¿La niña o niño cuenta con atención en habilitación o rehabilitación en salud?		¿Cada cuánto asiste?	Entidad en donde recibe la atención
SÍ	NO X	Diario	
		Semanal	
Indique qué tipo de atención recibe:		Quincenal	Lugar donde le atienden en caso de emergencia
		Mensual	

Ayudas técnicas				¿Toma algún medicamento, cuál?	Frecuencia	Dosis
¿La requiere para su comunicación, movilidad e independencia?		¿Cuenta con ella?				
SÍ	NO	SÍ	NO	Carbamazepina	2 diario	2 pildo
Indique de que tipo:				Acido valproico	2 diario	2 pildo
				Risperidona	2 diario	2 pildo

¿Presenta alguna condición de salud relevante, cuál?		¿Cuenta con la atención médica requerida para esta enfermedad?	
SÍ ✓	NO	SÍ ✓	NO
¿Cuál? Si Cuenta		¿Cuál? Neuropediatra	
Epilepsia			

REPRESENTANTE: Luana Barrero P IDENFTIFICACION: 1140912416

COORDINADORA: MARIA MARGARITA ROMERO

3.683

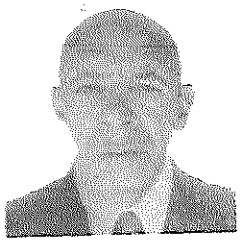
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.830.098
BAQUERO REDONDO

APELLIDOS
GUILLERMO LEON

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



Celular
3225549860

Calle:5
Carrera:4



FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1957
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
M
SEXO
03-OCT-1979 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



3684

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
GUILLERMO	LEON	BAQUERO	REDONDO
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
LA GUAJIRA		DIBULLA	

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: 17830098

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
centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S	2025	5	26

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901221205

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
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	33.33
Movilidad	35.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.2 b2308.2 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s250.273 s2500.223 s7508.262

3. Codigos Actividades y Participación

d175.1 d570.3 d879.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
LILIA MANUELA LESPORT FERNANDEZ	Medicina	CC-1032386359
SIXTA MARGARITA LOPEZ DURAN	Psicología	CC-1119817876
YOBANA PATRICIA HERNANDEZ CARRILLO	Terapia ocupacional	CC-26988872

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.

3.696

VITAL SALUD

IPS SALUD VITAL GUAJIRA SAS
901226064-0
Teléfonos: 3215597846
Dirección: CARRERA 2 N35 - 50 - RIOHACHA

17830098
Paciente: BAQUERO REDONDO GUILLERMO LEON

Atención N° 0100454095
Fecha de Atención: 27/08/2025

HISTORIA CLINICA DE CONTROL PSIQUIATRIA

Datos del afiliado

Identificación: CC 17830098 **Sexo:** Masculino
Departamento: La Guajira
Dirección: CALLE 5 CARRERA 4 MINGUEO
Ocupación: No Aplica
Contratante: CAJACOPI EPS SAS
Teléfonos: 3225548660
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional
Profesional: 40932767 - TORRES FREYLE CHERIS

Fecha de Nacimiento: 27/07/1957
Ciudad: RIOHACHA

Plan: SUB EVENTO SUBSIDIADO

Edad: 68 años, 1 mes
Zona: Rural
Autorizacion:
Especialidad: Psiquiatria

Diagnósticos

Principal [Impresión Diagnóstica]: (F230) TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO, SIN SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA.
Relacionado [Impresión Diagnóstica]: (F069) TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA.
Relacionado [Impresión Diagnóstica]: (G400) EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) .

EXAMEN MENTAL: MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE F230 TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO POLIMORFO, SIN SÍNTOMAS DE ESQUIZOFRENIA + F069 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA + G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

S: REFIERE QUE S E SIENTE BIEN , CONVULSIONO EN 2 OCASIONES , COMENTA QUE NOS E HAN RACTIVADO SINTOMAS , QUE ESTA TRANQUILO , NO HA TENIDO EPSIODIOS NEGATIVOS SE MANTIENE TRANQUILO , LOGRA DORMIR BIEN , NIEGA SINTOMAS PSICOTICOS AGUDOS

AL EXAMEN MENTAL
PACIENTE CONSCIENTE , EN COMPAÑIA DE FAMILIAR , HÁBITOS HIGIÉNICOS ADECUADOS, VESTIDO ACORDE A LA EDAD SEXO Y CIRCUNSTANCIAS, ORIENTADO, AFABLE , TRANQUILO, NO ANSIOSO CON VOZ DE ALTO TONO POR ANTECEDENTES DE HIPOACUSIA, INTERACCIONA DE MANERA CONCRETA ,. BUEN ESTADO GENERAL CON BUEN PATRON DE SUEÑO, CON BUEN APETITO, NIEGA ALUCINACIONES. JUICIO Y RACIOCINIO MEJORADOS, CON MEJOR CONTROL DE IMPULSOS, NEIGA IDEAS DELIRANTE

ANALISIS: PACIENTE CON EVOLUCION ESTABLE, CON ADECDA RESPUESTA AL TRATAMIENTOS E MANTIENE CONTROL CADA 3 MESES

PLAN: 1- CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETAS ....TOMAR 1 cada 12 horas VIA ORAL POR 90 DIAS
2. CITA EN 3 MESES
3 - CLONAZEPAM 2 MG TABLETAS. Tomar 1/2 TABLETA CADA NOCHE VIA ORAL POR 90 DIAS
4 - ACIDO VALPROICO DE 250 MG CAPSULA Tomar 1 CAP CADA 12 HORAS VIA ORAL 90 DIAS
5 - RISPERIDONA DE 2 MG TAB tomar 1/2 TABLETA POR LA MAÑANA Y 1 TAB CADA NOCHE VIA ORAL POR 90 DIAS
6. LEVETIRACETAM TABLETA 500 MG VIA ORAL CADA 12 HORA S POR 90 DIAS

TORRES FREYLE CHERIS
Especialista en Psiquiatria
Identificación 40932767
N° Registro 1102202

3682

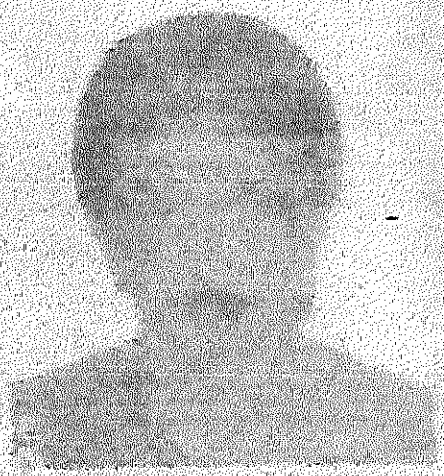
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

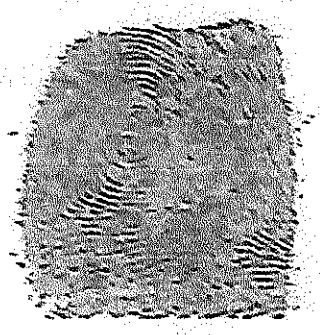
NUMERO 40.917.410
BAQUERO REDONDO

APELLIDOS
JUANA ANTONIA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1962
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-DIC-1981 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]

A-4300503-00447710-F-0040917410-20130710 0033920705A 1 5000330492

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jose Luis Barrera Villa			CC	12563224	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
			La Guajira	Dibulla	Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
61	Hombre	✓	Caja Copi		
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		Calle 4A 11-41	
Barrio / Vereda		El Cuervo Nuevo	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ NO	¿Cuál?
Género		Femenino	
		Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Jose Luis Barrera	CC	CE	PP	
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
El mismo	El mismo			Calle 4A 11-41
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3205773402				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

3.689





Barrio el Vivero
Calle 4a # 10-44
Tel. ~~303~~ 320 577 3402

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos				Tipo identificación:	Número	
Hugoberto Sierra Camargo				CC	3998676	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:			Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
29-05/1960	Sincelejo			La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:	
65	Hombre	✓	Coosalud EPS	Recambio de valvula aortica Biologica Hipertenc.		
	Mujer					
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica			SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla - Mingueo
Dirección de vivienda:		Calle 1 # 7-45	
Barrio / Vereda		Villa Esperanza	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:	SÍ NO	¿Cuál?	
Género		Femenino Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Yolima Marquez	CC X	CE	PP	64.579.212
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Esposa	Esposa			Calle 1 # 7-45
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3205623320	C			

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

3.698

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MUIP 3.998.676



Apellidos
SIERRA CAMARGO

Nombres
HUGOBERTO

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.68
Sexo: M

Fecha de nacimiento: 29 MAYO 1960
G.S.: O+

Lugar de nacimiento
SINCELEJO (SUCRE)

Fecha y lugar de expedición
23 FEB 1981, SINCELEJO

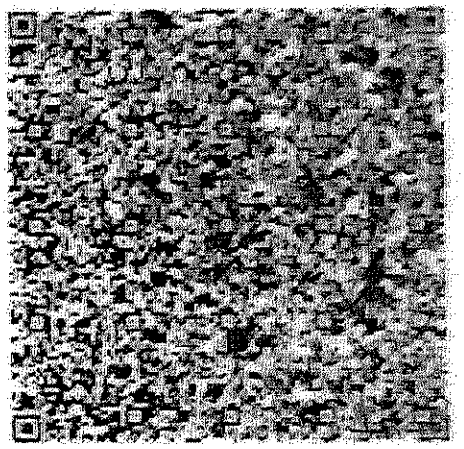
Fecha de expiración
18 AGO 2033

Firma

NO FIRMA

0295883374

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL0295883748280O1<<<<<<<<<<<
6005292M3308187COL3998676<<<<3
SIERRA<CAMARGO<<HUGOBERTO<<<<<

3695

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
HUGOBERTO		SIERRA	CAMARGO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 3998676

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2025	11	5

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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	25.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	46.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b4102.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s4108.360

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.3 d4501.3 d4600.3

3.696

SOCIEDAD CARDIOVASCULAR DEL CARIBE COLOMBIANO S.A.

Código del Prestador: 700010104501 Nit: 900112364
Dirección: CARRERA 22 # 14 - 33
Teléfono: 2765549
Web: www.scardiovascular.com
Email: scardiovascular@hotmail.com

Fecha de Impresión: 2025/10/07 11:01:35
HISTORIA CLÍNICA

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 3998676	**Paciente:**	SIERRA CAMARGO HUGOBERTO	**Ingreso:**	206513
Fecha Ingreso:	2025/10/07	**Hora Ing:**	09:59	**Unidad Funcional:**	CONSULTA EXTERNA
Fecha y Hora Atencion:	2025/10/07 10:47:18				
Fecha Nacl:	1960-05-29	**Edad:**	65	**Sexo:**	M
Telefono:	3205623320,	**Estrato:**	EXENTO DE PAGOS	**Municipio:**	SINCELEJO
Dirección:	CERRITO LA PALMA				
Empresa:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.				
Contrato:	COOSALUD EPS S.A. : SUBSIDIADO : PGP				
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**			
Responsable:	MARIA SIERRA				
Parentesco:	HIJA	**Tel. Responsable:**	3007240037--3205623320		
Direccion:	CERRITO LA PALMA				

ANTECEDENTES ALERGICOS

NO REFIERE

DATOS HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA
CITA CARDIOLOGIA CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL
DX: 1 RECAMBIO DE VÁLVULA AÓRTICA BIOLOGICA (08/08/2022) POR DISFUNCIÓN DE VÁLVULA PROTÉSICA AÓRTICA
2 ENDOCARDITIS INFECCIOSA TRATADA
3 ECO TT 19/6/2025 FE:55%
4 HIPERTENSIÓN ESENCIAL
5 CATETERISMO CARDIACO SIN EVIDENCIA DE LESIONES CORONARIAS.

`NALISIS
A: 123/80 TAM: 92 MMHG FC 63 LXM FR:20 RXM PESO 70KG SAO2: 97% NORMOCEFALO CUELLO SIMÉTRICO MÓVIL NO ADENOMEGALIAS NO INGURGITACION YUGULARTÓRAX SIMÉTRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SOPLO SISTODIASTOLICO RESONANTE EN FOCO AORTICO 4/6, PULMONES CLAROSVENTILADOS NO AGREGADOS PATOLÓGICOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO SIGNOS PERITONEALES EXTREMIDADES SIMÉTRICAS NO EDEMAS PULSOS PRESENTES GLASGOW 15/15, PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN TOLERANDO ADECUADAMENTE TTO ORDENADO SS CITA ANUAL DE CONTROL POR CARDIOLOGIA, PACIENTE REFIERE ENTENDER, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMAS.

RESULTADOS
ECO TT 19/6/2025 FE:55% BIOPROTESIS AORTICA NORMOFUNCIONANTE

CREATININ 1.07 AC URICO 4.5 BUN 1530/07/2024

MAPA DX: HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA Y DIASTOLICA ESTADIO 2HIPERTENSION ARTERIAL CON REGISTROS SUPERIORES DURANTE EL DIA Y LA NOCHEHIPERTENSION ARTERIAL FUERA DE METAS

29/07/2024 HOLTER DE RITMO CARDIACO DX: RITMO DE BASE SINUSAL DURANTE TODO EL TIEMPO DE REGISTROFC MINI :41LXM FC MAXI: 98 FC PRO: 69 SS CITA CON MEDICINA INTERNA EN 3 MESES

LXM17/07/2024

PLAN Y MANEJO
PLAN Y MANEJO
RESTRICCIÓN HIDRICA 1.5 LITRO DE LIQUIDO AL DÍASE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMADIETA BAJA EN SAL Y GRASAS RICA EN FRUTAS Y VERDURASEDUCACIÓN EN HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLECAMINAR 30 MINUTOS AL DÍACONTINUAR EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

SS CITA ANUAL DE CONTROL POR CARDIOLOGIA

SS CITA CON MEDICINA INTERNA EN 3 MESES

3 69

SOCIEDAD CARDIOVASCULAR DEL CARIBE COLOMBIANO S.A.S.

Código del Prestador: 700010104501 **Nit:** 900112364
Dirección: CARRERA 22 # 14 - 33
Teléfono: 2765549
Web: www.scardiovascular.com
Email: scardiovascular@hotmail.com

Fecha de Impresión: 2025/10/07
FORMULA MEDICA

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 3998676	Paciente:	SIERRA CAMARGO HUGOBERTO		
Dirección:	CERRITO LA PALMA	Telefono:	3205623320		
Fecha Nacimiento:	1960-05-29				
Fecha Ingreso:	2025/10/07	Fecha Egreso:	//	Estrato:	EXENTO DE PAGOS
Num. de Ingreso:	206513	Estudio:	228588		
Dirección:	CERRITO LA PALMA	Sexo:	Masculino	Teléfono:	3205623320
Dx Principal:	Z952 - PRESENCIA DE VALVULA CARDIACA PROTESICA				
Contrato:	COOSALUD EPS S.A. : SUBSIDIADO : PGP				
Municipio:	SINCELEJO				

FORMULA MEDICA Nº: 19150683

Unidad Funcional:	02 - CONSULTA EXTERNA

Fecha: 2025/10/07 Hora: 11:01
Médico: YAIR JOSE MONTALVO RESTREPO

Datos de Medicamentos

1S CITA ANUAL DE CONTROL POR CARDIOLOGIA

1S CITA CON MEDICINA INTERNA EN 3 MESES

Dr. Yair José Montalvo Restrepo
Medicina Interna Cardiología
Ecocardiografía - Cardiometabolismo
Doppler Vascular Periférico

ATENDIDO POR
YAIR JOSE MONTALVO RESTREPO CC: 73195759
Reg Medico: 70739 INTERNISTA - CARDIOLOGO

LA DE
ADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 64.579.212

Apellidos
MARQUEZ MERLANO

Nombres
YOLIMA GINELPA

COL 1.83 F

Fecha de nacimiento
10 MAYO 1983 O+

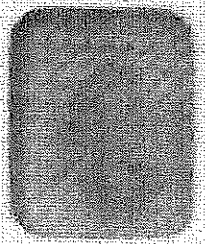
Lugar de nacimiento
SINCELEJO (SUCRE)

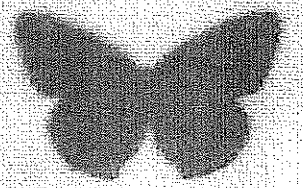
Fecha y lugar de expedición
21 SEPT 1998 SINCELEJO

Fecha de expiración
18 AGO 2033



Yolima Marquez





Powered by CamScanner

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

:COL0295896500280O1<<<<<<<<<<<<
305109F3308187COL6457921 2<<<9
ARQUEZ<MERLANO<<YOLIMA<GINELP

Powered by CamScanner

3 200

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos				Tipo identificación:	Número	
Hugues luis pinto				CC	84034944	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:			Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
03-05-1970	Riohacha.			La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:	
55	Hombre	✓	Nueva Eps	fractura de cadera		
	Mujer					
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
física			SÍ ✓	NO	SÍ	NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:		
SÍ	NO	La Guajira		Dibulla		
Dirección de vivienda:		Carrera A 5				
Barrio / Vereda		La paz		Mingueo.		
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Forzado	
Pertenencia étnica:		SÍ ✓	NO	¿Cuál?	Afrodescendiente	
Género		Femenino				
		Masculino				

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Vanessa Gonzalez	CC X	CE	PP	1118851234
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Sobrino	Sobrina			Carrera A 5
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3214536678				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

3.701

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 84.034.944

PINTO CUISMAN
APELLIDOS

HUGUES LUIS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1970

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.84 ESTATURA | AB+ G.S. RH | M SEXO

06-SEP-1989 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800100-00157954-M-0084034944-20090530 0011944985A 1 7840003734

3.702

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
HUGUES	LUIS	PINTO	CUISMAN

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 84034944

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
centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S	2024	12	5

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901221205

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	60.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.3 b7201.3 b7603.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s740.372

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4501.4 d920.3

3.704

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Foto

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Isata Jose Moreno Sanchez			RC	1.123.419.085	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
25 03 2021	Riohacha		La Guajira	Dibulla	
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
4	Hombre	✓	Dusakawi	Trastorno de espectro Autista	DD/MM/AAAA
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			**Certificado de Discapacidad**		**RLCPcD**
Fisica Psicosocial Multiple			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		**Departamento donde reside:**		**Ciudad / Municipio:**	
SÍ	NO	La Guajira		Mingueo	
Dirección de vivienda:		Calle 7C - 9-62			
Barrio / Vereda		Jesus Olivella			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO X	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO X.	¿Cuál?	
Género				Femenino / Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
STEFANY Sanchez Acosta	CC	CE	PP	1.123.407.979
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
madre	madre			Calle 7C
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
304 334 7106				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
			Mañana
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

3.705

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2334441

NUIP 1.123.419.065

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

MORENO SANCHEZ ISAIA JOSE

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sangu
Año	2	0	2	1	Mes	F	E	B	Día	2	5	MASCULINO O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA LA GUAJIRA RIOHACHA

Fecha de inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	2	5	0061197435

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

SANCHEZ ACOSTA STEFANY

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.407.979 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

MORENO VASILLO JAMUDIS JOSE

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.192.896.803 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

MORENO VASILLO JAMUDIS JOSE

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.192.896.803

Espacio para notas

VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA LA GUAJIRA DIBULLA | Co

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	2	5

Nombre y firma del funcionario

HAROLD WILSON PENALVER VANEGAS

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

3.706

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
ISAIA	JOSE	MORENO	SANCHEZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
LA GUAJIRA		DIBULLA	

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: 1123419085

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	8	31

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
901010389

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b139.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s770.378
3. Codigos Actividades y Participación
d7106.2 d815.3 d880.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ALBA ANDREA MORA CASTRO	Fonoaudiología	CC-1006888979
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228

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.

IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

NIT: 9[illegible]794134-1
COD. PRESTADOR: 440900095405
SEDE: CENTRO MEDICO KOTTUSHI MINGUEO

3.208

Kottushi Ips Indigena Sao Ana>a
SALUD PROPIA E INTERCULTURAL

HISTORÍA CLÍNICA DE PEDIATRIA

Referencia: 780804

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD
RC. 1123419085	ISAIA JOSE MORENO SANCHEZ	25/02/2021	4 AÑOS, 0 MESES, 14 DIAS
SEXO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA**	**GRUPO POBLACIONAL**
MASCULINO		NINGUNO DE LOS ANTERIORES	POBLACION SISBENIZADA
NIVEL DE ESTUDIO	**OCUPACION**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
NO DEFINIDO	NO TENGO INFORMACION	CALLE 1C- # 9-62	3045326857
FINANCIADOR	**RÉGIMEN**	**PRIMER INGRESO**	**ÚLTIMA ATENCIÓN**
DUSAKAWI EPSI	SUBSIDIADO	11/03/2025 06:41 AM	11/03/2025 06:41 AM
MODALIDAD	**UBICACION**		
INTRAMURAL			

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	PERENTESCO
1123407979	ESTEFANY SÁNCHEZ ACOSTA	3113112005	MADRE

ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PRESCOLAR DE 4 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES DE TEA.
PERSISTE CON CONDUCTAS HIPERACTIVAS POCA INTERACCION SOCIAL PRESENTA ESTEROTIPIA, ALETEO , INQUIETUD MOTORA
Y HETEROAGRESIVIDAD. ACUDE A CONTROL. TIENE HISTORIA DE EPISODIOS DE DIARREA RECURRENTE POR LO QUE SE LE INDICARON ESTUDIOS
ECO DE ABDOMEN TOTAL 05-02-2025 ABUNDANTE METEORISMO EN MARCO COLONICO
IGE TOTAL 440 UI ELEVADA
COPROSCOPICO QUISRE DE AMEBAS ++
HEMOGRAMA TIPO IV LEUCOCITOS 8.420 NET 45% LINFOCITOS 34% HB 12 HCTO 35%

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

ANTECEDENTES

[illegible]REDO FAMILIARES

PERSONALES PATOLOGICOS

TRASTORNO DE ASPECTRO AUTISTA RETRASO EN EL NEURODESARROLLO. ASISTE A TERAPIAS INTEGRALES
SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA PEDIATRICA
VACUNAS ESQUEMA COMPLETO

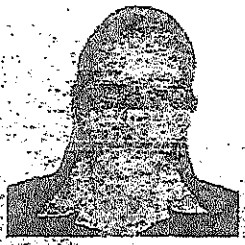
PERSONALES NO PATOLOGICOS

3.711

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.407.979
SANCHEZ ACOSTA
APELLIDOS
STEFANY
NOMBRES

Stefany sanchez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1991
SAN JUAN NEPOMUCENO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
03-DIC-2009 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4800500-00215085-F-1123407979-20100215 0020946861A 1 25542878

3 712

FUNDACIÓN FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Foto

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jaiber José Cuartas Marquez			CC	1 005. 039 845	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
04 01 2002	Los Patios		Santander		
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
23	Hombre	✓	CooSalud	- Parálisis cerebral espásticas	DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física intelectual	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira	Maicao	
Dirección de vivienda:		Calle 5 A		
Barrio / Vereda		San martin		
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Desplazado
Pertenencia étnica:	SÍ	NO x	¿Cuál?	
Género			Femenino	
			Masculino ✓	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Nelly Marquez Rincon	CC ✓	CE	PP	1 123. 003 153
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
madre	madre			Calle 6 A
Teléfono fijo / Celular		**Correo electrónico**		
312 612 39 77				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
			Mañana
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

3 78

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

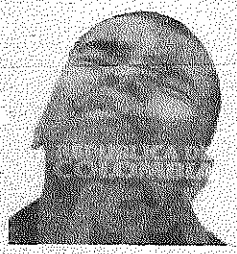
NÚMERO 1.005.039.845
CUARTAS MARQUEZ

APELLIDOS
JAIDER JOSE

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-ENE-2002
LOS PATIOS
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

30-SEP-2021 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2100100-01268590-M-1005039845-20211124 0076763184G 2 8503041041

3.24

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JAIDER	JOSE	CUARTAS	MARQUEZ

1.5 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: 1005039845

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2022	2	18

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

DIBULLA

c. CATEGORIA 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	66.67
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	35.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	78.13
GLOBAL	73.30

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3 b229.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.378 s298.478 s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d310.2 d4602.4 d920.4

3.716

SISTEMA: RESPIRATORIO
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: CARDIACO
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: VASCULAR PERIFÉRICOS
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: ABDOMEN
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: PERIANAL
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: REGION INGUINAL
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: GENITALES
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: EXTREMIDADES
ESTADO: ANORMAL
OBSERVACION: Hipotonía espasticidad

SISTEMA: NERVIOSO CENTRAL
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: NERVIOSO PERIFÉRICO
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: SISTEMA LINFÁTICO
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: SISTEMA ÓSEO - ARTICULAR
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: TAMIZAJE VISUAL
ESTADO: NO
OBSERVACION: No sé realiza

SISTEMA: TAMIZAJE AUDITIVO
ESTADO: NO
OBSERVACION: No sé realiza

SISTEMA: TAMIZAJE DE MAMAS
ESTADO: NO
OBSERVACION: No sé realiza

SISTEMA: TAMIZAJE CARDIOVASCULAR
ESTADO: NO
OBSERVACION: No sé realiza

SISTEMA: TAMIZAJE DE CANCER
ESTADO: NO
OBSERVACION: No sé realiza

SISTEMA: OTRO TAMIZAJE
ESTADO: NO
OBSERVACION: No sé realiza

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 /min
TEMPERATURA: 37 °C
IMC: 20.20202

FRECUENCIA CARDIACA: 88 /min
TALLA: 165.00 Cms
DIAM. DE CINTURA: 63.00000 Cms

TENSION ARTERIAL: 110/70
PESO: 55.00 Kgs

OTROS EXAMENES FISICOS:
Teleconsulta

METODO FETOCARDIA 1:

FETOCARDIA 1: 0/Min

METODO FETOCARDIA 2:

FETOCARDIA 2:
0/Min

IMPRESION CLINICA: PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA
DIAGNOSTICO PRINCIPAL: G800: PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

PLAN TRATAMIENTO:

Visita médica DOMICILIARIA por MEDICINA GENERAL para evaluación integral del paciente

EDGARDO JOSE BARROS YEPES
MEDICINA GENERAL
37/2003

3. 715

S.I.S.M.

Servicios Integrales de Salud del Magdalena
Dirección: Cra 19 # 26B-53
Teléfonos: 4394153-4394152-4394386
SANTA MARTA - MAGDALENA
NIT. 900018045-5
Fecha de Atención: 5 de Noviembre de 2021 a las 11:18

Fecha de Atención: 5 de Noviembre de 2021 a las 11:18
Centro de atención:
Paciente: JAIDER JOSO CUARTAS MARQUEZ
Identificacion: CC 1005039845
Sexo: Masculino
Edad: 19 Año(s) 10 Mes(es) 1 dia(s)
Fecha de Nacimiento: 04 Enero 2002
Estado Civil: SOLTERO

Direccion: MANZANA K CASA 11
Barrio: TIMAYUI 3
Telefono: 3136032762
Administradora: COOSALUD EPSS
Régimen: S
Fecha de Impresion: 2021-11-05 15:08

MOTIVO DE CONSULTA:
Tiene paralisis y necesita CONTROL médico

ENFERMEDAD ACTUAL:
Madre acepta atención médica por teleconsulta por motivos de pandemia covid
Paciente con antecedentes de parálisis cerebral espastica en condición de discapacidad y movilidad reducida con dificultades en el desplazamiento hasta la fecha no ha podido retomar controles médicos por lo que SOLICITA visita médica domiciliaria para establecer la condición de salud actual del paciente

QUIRURGICOS:
Niega

ALERGICOS:
Niega

GENERAL TRAUMATICOS:
Niega

HOSPITALIZACIONES:
Niega

GINECO-OBSTETRICOS:

SISTEMA: ESTADO DE CONCIENCIA
ESTADO: ANORMAL
OBSERVACION: Paralisis cerebral ESPASTICA

SISTEMA: PIELO Y MUCOSA
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: CUELLO
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: CABEZA, CARA, CUERO CABELLUDO
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

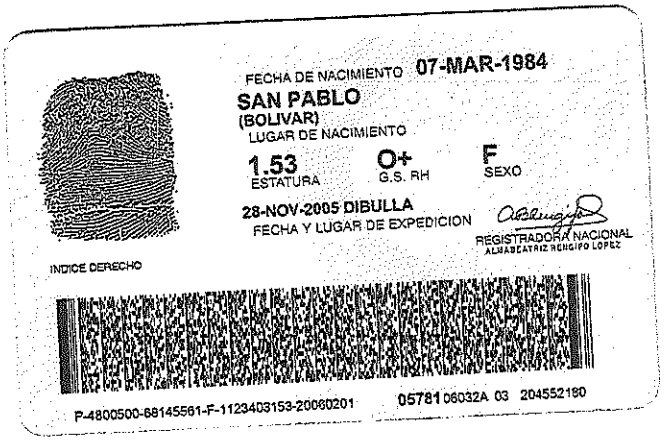
SISTEMA: ORGANOS DE LOS SENTIDOS
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

SISTEMA: TORAX
ESTADO: NORMAL
OBSERVACION:

3-720



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.123.403.153
MARQUEZ RINCON
APELLIDOS
NELLY
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1984
SAN PABLO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
28-NOV-2005 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-4800500-68145561-F-1123403153-20060201 05781 06032A 03 204552180

3.721 V

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
JAINER SERRANO MARTINEZ			R.C.	1029869551	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
3	Hombre	X	NUEVA EPS	SINDROME DE DOWN ASMA-RENITIS	DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
INTELECTUAL	SÍ X	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO		Ninguno (no cuenta)
Dirección de vivienda:		Vereda Rio Cana	
Barrio / Vereda		Vereda Rio Cana	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO X	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO X	¿Cuál?
Género			Femenino
			Masculino X

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
WENDY MARTINEZ REYES	CC X	CE	PP	1.123.410.248
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
MADRE				
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3127394663				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO			*Mañana*
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

3922

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
31764342-3

6321874

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1029869551

Indicativo Serial · **63821874**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código A F Q

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - LA GUAJIRA - RIOHACHA RIOHACHA-CL CEDES **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SERRANO **********	MARTINEZ **********

Nombre(s)

JANNER ELIAN **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 23	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - LA GUAJIRA - RIOHACHA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	173092214 ********

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ PELUFFO WENDY MARCELA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1123410248 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SERRANO MEJIA JANEIRO LUIS **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1118859088 **********	COLOMBIA ********

Apellidos y nombres completos

SERRANO MEJIA JANEIRO LUIS **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1118859088 **********	Janeiro Serrano

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2022 Mes JUN Día 01	JORGE DAVID OJEDA FONSECA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	JORGE DAVID OJEDA FONSECA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS/FOLIO 813; OTROSÍ.- PRESENTA NACIDO VIVO:01/06/2022

3723

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
JANNER	ELIAN	SERRANO	MARTINEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1029869551

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2025	8	30

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b139.1 b399.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.278

3. Codigos Actividades y Participación

d710.3 d815.3 d880.4

CERIN CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION INTEGRAL SEDE TORRENOVA
NIT: 900794134-1
COD. PRESTADOR: 440010095416
EMPRESA: IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

CERIN CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACIÓN INTEGRAL

HISTORÍA CLÍNICA DE PEDIATRIA

Referencia: 1136529

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD
RC. 1029869551	JANNER ELIAN SERRANO MARTINEZ	23/05/2022	3 AÑOS, 3 MESES, 13 DIAS
SEXO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA**	**GRUPO POBLACIONAL**
MASCULINO		NINGUNO DE LOS ANTERIORES	POBLACION SISBENIZADA
NIVEL DE ESTUDIO	**OCUPACION**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
OTRO	Estudiantes	calle 1 via la playa mingueo	3226474363
FINANCIADOR	**RÉGIMEN**	**PRIMER INGRESO**	**ÚLTIMA ATENCIÓN**
NUEVA EPS	CONTRIBUTIVO BENEFICIARIO	05/09/2025 09:34 AM	05/09/2025 09:34 AM
MODALIDAD	**UBICACION**		
INTRAMURAL			

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	PERENTESCO
1123410248	WENDY MARTINEZ	3127344663	MADRE

ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

SE TRATA DE PRESCOLAR DE 3 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES DE SINDROME DE DOWN POR CARIOTIPO Y FENOTIPO / ASMA / RINITIS ALERGICA / HIPERTROFIA DE ADENOIDES . TIENE RETRASO EN EL LENGUAJE DICE MONOSILABOS
NO ASISTE A TERAPIAS INTEGRALES NI TIENE CONTROL POR NEUROLOGIA PEDIATRICA
REFIERE LA MADRE INFECCION RESPIRATORIA ALTA RECURRANTE TOS PERSISTENTE RONQUIDOS Y RESPIRACION ORAL

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO DEL 2023 CORAZON ESTRUCTURALMENTE SANO

ANTECEDENTES

HEREDO FAMILIARES

PERSONALES PATOLOGICOS

SINDROME DE DOWN / RINITIS ALERGICA / ASMA
QCOS NIEGA ALERGICOS NIEGA
VACUNAS ESQUEMA COMPLETO

PERSONALES NO PATOLOGICOS

REVISION POR SISTEMAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.410.248
MARTINEZ PELUFFO

APELLIDOS
WENDY MARCELA

NOMBRES

Wendys Martinez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-2002
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

04-DIC-2020 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4800500-01186632-F-1123410248-20201209 0072751901A 1 6501111691

3.229

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Javier Valencia H			TI	1.123.412.916	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
-03.2014					Colomb

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
11	Hombre	✓	Caja Cop	Parálisis Cerebral no Específica	
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física Intelec	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO		
Dirección de vivienda:		Rincon de Piedra	
Barrio / Vereda		Rio Cuña	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO	¿Cuál?
Género			Femenino / Masculino

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Katerine H.	CC ✓	CE	PP	1.123.412.984
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre.			Una vereda
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
314 805 51 59				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.123.412.916
VALENCIA HERNANDEZ
APELLIDOS
JAVIER ALEXANDER
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-2014
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-MAR-2032 B+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
03-JUN-2021 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-4800500-01237085-M-1123412916-20210607 0074553658A 1 8502140001

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

1. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

5-732

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	JAVIER ALEXANDER VALENCIA HERNANDEZ			**Identificacion**	1123412916
Fecha Nac:	9/03/2014	**Edad:**	10 años 9	**Sexo:** M	**Teléfono**
Direccion				**Ciudad**	DIBULLA
Estado civil	Soltero(a)	**Escolaridad:**	No definido		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

ORDEN DE SERVICIO

No.: 7612380 **Edad del paciente:** 10 años 9 meses y 11días **Fecha de la nota:** 20/12/2024 10:06:18 a. m.

DESCRIPCIÓN

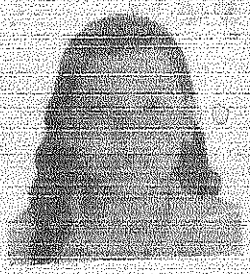
ORDEN DE SERVICIO	39143 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
DESCRIPCION	.CON RESULTADO
ORDEN DE SERVICIO	931000 TERAPIA FISICA INTEGRAL
DESCRIPCION	.15SESIONES FORTALECIMIENTO PARA MUSCULOS DE CADERAS
ORDEN DE SERVICIO	21110 PANORAMICA EN MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA)
DESCRIPCION	.

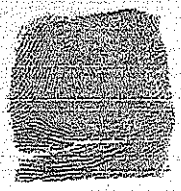
Dx Ppal.: M210 DEFORMIDAD EN VALGO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
Dx Rel.1: G808 OTROS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
Dx Rel.2:
Dx Rel.3:

CARLOS ANDRES MONTERO MARULANDA
RM RM - 0318
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.412.984
HERNANDEZ POLO
APELLIDOS
KATERINE PAOLA
NOMBRES
Katherine Hernandez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1996
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-JUL-2014 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-4800500-00618546-F-1123412984-20140903 0039862202A 1 42174680

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

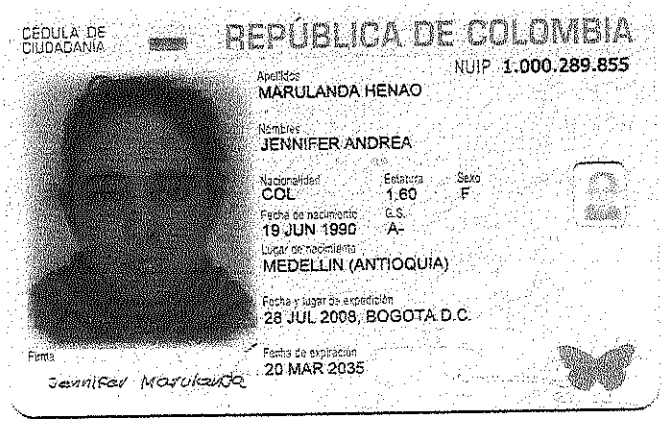
Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jenifer Andrea Hawland			CC	1000289855	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
19-06-1990	Medellín		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
35	Hombre		Caja Copi	Esquizofrenia paranoide	
	Mujer	✓			
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Física			SÍ X	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto			Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:
SÍ	NO		La Guajira		Dibulla - Mingueo
Dirección de vivienda:			Calle 4 # 7 de junio		
Barrio / Vereda					
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género			Femenino		
			Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Yenifer Andrea Hawland		CC X	CE	PP	1.000.289.855
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
					Calle 4 # 12
Teléfono fijo / Celular		*Correo electrónico*			
3206103528					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

3 232



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.289.855

Apellidos
MARULANDA HENAO

Nombres
JENNIFER ANDREA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
19 JUN 1990

G.S.
A-

Lugar de nacimiento
MEDELLIN (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
28 JUL 2008, BOGOTA D.C.

Firma
Jennifer Marulanda

Fecha de expiración
20 MAR 2035

00
0780284300

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL078028430015001<<<<<<<<<<<
9006197F3503203COL1000289855<5
MARULANDA<HENAO<<JENNIFER<ANDR

3 933

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	ANDREA	MARULANDA	HENAO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1000289855

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	7	26

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
901010389

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	31.25
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	25.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b530.2 b535.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s540.377

3. Codigos Actividades y Participación

d570.1 d879.1 d940.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

SENTIRBIEN
unidad de salud mental

NIT 901.000.449 -1
Direccion : Carrelera Nacional Km 1 Salida a Fonseca
Telefono : 314-8014122
Distraccion

115 (17 mayo / 18 a
3240

HOSPITALIZACION
ORDEN MEDICA - (FORMULA MEDICA

DATOS PERSONALES

IT.OM : 00

IDENTIFICACION	: CC 1000289855 MARULANDA HEN[illegible]ENNIFER ANDREA		
NACIMIENTO	: [illegible]	EDAD	: 27 AÑO[illegible]
LUGAR RESIDE.	: RIOHACHA - RIOHACHA (LA GUAJIR[illegible]	SEXO	: F
DIRECCION	: CALLE 4TA CARRERA 12-69	TELEFONO	: 3014[illegible]264

DATOS AFILIACION

ENTIDAD	: CAJACOPI	TIPO USUARIO	: SUBSIDIA
AUTORIZACION	: 000		

DATOS DE ADMISION

ADMISION #	: 00671
INGRESO	: 01/04/2018 12:00:01 AM
COD/DIAGNOSTICO	: F200
DIAGNOSTICO	: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
ESPECIALIDAD	: PSIQUIATRIA
OBSERVACION	:

DATOS DE ORDEN MEDICA

ITEM ORDEN	: 00018
FECHA -HORA	: 17/04/2018 07:47:02 AM
PROFESIONAL	: ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO

ORDEN MEDICA :

-ALTA MEDICA
-LEVOMEPROMAZINA GOTAS 4% 5 GOTAS VO CADA 8 HORAS (5-5-5) ---------- # 2 POR 1 MES
-OLANZAPINA TAB 5 MG VO CADA 12 HORAS (1-0-1) ---------- # 60 POR 1 MES
- CITA CONTROL EN 1 MES POR PSIQUIATRIA POR CONSULTA EXTERNA
- 10 SESIONES DE TERAPIA POR PSICOLOGIA
10 SESIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Alex Sandro Mindiola

ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO
PSIQUIATRIA
RM :

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jesus Andres Rodriguez			TI	1123412248	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
25-08-2013	Riohacha		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
11	Hombre	✓	Caja Copi	Sindrome epileptico	
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
intelectual Multiple			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto			Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO		La Guajira	Dibulla - Mingueo	
Dirección de vivienda:			Villa Orana		
Barrio / Vereda			Villa Orana		
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género		Femenino			
		Masculino			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Yohana pinto		CC X	CE	PP	32.376.027
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
madre	madre				Villa Orana
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3058005138					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o)	¿Cada cuánto	¿Cuál grado?

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.123.412.248
RODRIGUEZ PINTO
APELLIDOS
JESUS ANDRES
NOMBRES

Jesus Andres
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-2013
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
25-AGO-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
G S RH A+
SEXO M
26-NOV-2020 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-4800500-01184139-M-1123412248-20201202 0072664322A 1 8501061152

3.243

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
JESUS	ANDRES	RODRIGUEZ	PINTO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1123412248

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2022	12	7

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901010389

c. CATEGORIA 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	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	40.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	71.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.2 b140.3 b144.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378 s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d175.3 d310.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
DIOGMARY MARGARITA MARTINEZ CALLE	Fonoaudiología	CC-1140871253
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228

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.

	IPS PEDIATRICA "PASTOR Y MARIA" S.A.S. N.I.T. 900.780.041-2	Gestion de Sistemas de Informacion	
	Historia Clínica Especializada	Version 01	Vigencia 01-sept-2023
	HISTORIA DE INGRESO	Admisión No.	22071

JESUS ANDRES RODRIGUEZ PINTO TI - 1123412248 H.C. No. 1.123.412.248

Identificación: TI 1.123.412.248 **JESUS ANDRES RODRIGUEZ PINTO** **G.S RH**
Fecha Nacimiento: agosto 25 de 2013 **Edad actual:** 12 Años, 2 Meses **Género/E.AIEPI:** Masculino/
Lugar Nacimiento:
Dirección: MINGUEO **Telefono:** 3058005138
Contrato: **CAJACOPI EPS SAS**
Tipo de Usuario: Subsidiado **Tipo de Afiliado:** Beneficiario
Res.Habitual: Dibulla **Estrato Socio-Ec.**

lunes, 27 de octubre de 2025 12:13 (12 Años, 2 Meses) 1

MOTIVO DE CONSULTA: EPILEPSIA

ENFERMEDAD ACTUAL:

ESCOLAR MASCULINO DE 12 AÑOS 2 MESES EVALUADO EN MAYO, 2025, CON DX DE EPILEPSIA FOCAL MOTORA QUE EVOLUCIONAN A CONVULSIONES BILATERALES, INICIALMENTE DURANTE EL SUEÑO, ACTUALMENTE EN VIGILIA TAMBIEN, CON FRECUENCIA DIARIA DESDE 2 A 10 CRISIS AL DIA. RECIBE LCM A 100 MG BID (7,6 MG/KG/DÍA) (DESDE FEB, 2025 EN SUSTITUCION DE LMG) + LVT A 500 MG TID (45 MG/KG/DÍA), AJUSTADOS EN JUN, 2025. CURSA 1 ° GRADO DE EDUCACION PRIMARIA SIN ADECUACIONES CURRICULARES. HA RECIBIDO EN EL PASADO VPA, TOP, CLOB, CBZ, LMG LOS CUALES HA MOSTRADO POCA TOLERANCIA A LOS MISMOS. TIENE INADECUADO CONTROL DE LAS CONVULSIONES, MANTIENE ESPORADICAMENTE FALLAS EN LA REGULACION DEL CICLO VIGILIA SUEÑO.
EXAMEN FISICO: PESO 32.7 KG, VIGIL, SIN LLANTO NI RECHAZO AL EXAMINADOR. CON ADECUADA RESONANCIA AFECTIVA Y CONTACTO VISUAL CONSISTENTE (> 3 SEG). LENGUAJE EXPRESIVO ADECUADO, CON ADECUADA ESTRUCTURA SINTACTICA, COMPRENSIVO ADECUADO, COMPRENDE Y EJECUTA COMANDOS SIMPLES. PC CONSERVADOS (NO SE EXPLORA I PAR). FM SIMETRICA, VI/VI EN LOS CUATRO MIEMBROS. TONO ADECUADO; ROT II/IV SIMETRICOS. COORDINACION Y SENSIBILIDAD CONSERVADOS.

TAC C/CONTRASTE, ENE, 2021, NORMAL.
RMN CEREBRAL, NOV, 2021, NORMAL.
LAB ABR, 2022, HEMOGRAMA, TGO, TGP NORMALES, NIVELES DE VPA POR DEBAJO DE LO ESPERADO.
EEG, NOV, 2021. NORMAL. MAY, 2022, ACTIVIDAD POSTERIOR DE 5 A 7 HZ, MODULADO SIMETRICO, SINCRONO, CON ACTIVIDAD RAPIDA ANTERIOR ENTREMEZCLADA Y EVIDENCIA DE ACTIVIDAD PAROXISTICA GENERALIZADA CONSISTENTE CON PUNTA ONDA LENTA DE 2 A 2,5 HZ. FEB, 2024, ANORMAL PAROXITICO FOCAL DADO POR PUNTA ONDA LENTA Fp2, F4, F8, T4, EL CUAL GENERALIZA.
VIDEO EEG, ABR, 2025, ANORMAL LENTO DIFUSO, CON ACTIVIDAD PAROXISTICA CONSISTENTE CON PUNTAS Y PUNTA ONDA LENTA GENERALIZADA.
ESTUDIO DE MICROARREGLOS, ENE, 2024, SE REPORTAN VARIANTES HETEROCIGOTAS DE SIGNIFICADO INCIERTO EN DNM1, GRN1 Y DOCK7, LAS CUALES SE ASOCIAN A ENCEFALOPATIAS EPILEPTICAS Y DEL DESARROLLO.
VAL NEUROPSICOLOGIA, MAY, 2023. PENDIENTE REALIZAR PRUEBAS COGNITIVAS.

COMENTARIO: SE ASOCIÓ CLOBAZAM, EL CUAL NO MOSTRÓ DIFERENCIAS EN EL CONTROL DE LAS CRISIS, SIENDO OMITIDO A LOS 2 MESES. SE TITULA DOSIS DE LACOSAMIDA HASTA 8 MG/KG/DÍA. CONSIDERANDO SI NO HAY RESPUESTA CLINICA COMO OPCIÓN TERAPEUTICA 1) EL USO DE VIGABATRINA VS. 2) REALIZAR PRUEBA TERAPEUTICA CON VPA (CON CUBIERTA ENTERICA), DADOS LOS ANTECEDENTES CLINICOS PREVIOS.
SE SOLICITA VALORACION POR EPILEPTOLOGIA, EN VIRTUD DEL INADECUADO CONTROL A PESAR DE LA DOSIFICACION MAXIMA SUCESIVA CON LOS DIFERENTES FAC, POR LO QUE SE CONSIDERA POTENCIAL CANDIDATO PARA ADMITIR EN HOSPITALIZACION Y TITULAR ADECUADAMENTE ESQUEMA DEFINITIVO DE FAC.

DIAGNOSTICO :

OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS (G404): EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE

PLAN: SS/. VALORACION POR CONSULTA DE EPILEPTOLOGIA (PRIORITARIA). (CUPS 89.0.4.74-1)
LACOSAMIDA TAB 100 MG. 2 TABLETAS (AM) / 1 Y MEDIA TABLETA TABLETA CADA 12 HORAS, PARA 6 MESES. (CANTIDAD TOTAL PARA 6 MESES 630 TAB DE 100 MG C/U).
LEVETIRACETAM TAB 500 MG. 1 TABLETA CADA 8 HORAS, PARA 6 MESES. (CANTIDAD TOTAL PARA 6 MESES 540 TAB DE 500 MG C/U).
SS./ CITA FEBRERO, 2026

3.746

	IPS PEDIATRICA "PASTOR Y MARIA" S.A.S. N.I.T. 900.780.041-2	Gestion de Sistemas de Informacion	
PEDIATRICA PASTOR Y MARIA	ORDENES MEDICAS	Version 01	Vigencia 19-01-2023
	CONSULTAS/INTERCONSULTAS	Admisión No.	22071
		Orden No:	242737

Paciente: RODRIGUEZ PINTO JESUS ANDRES **Fecha:** 2025-10-27 12:13:28

Identificación: TI 1.123.412.248 **Entidad:** CAJACOPI EPS SAS

Fecha Nac: 25-ago-2013 (12 Años, 2 Meses)

S/S

1- 890474-1 INTERCONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA EPILEPTOLOGIA / **PRIORITARIA** #1

2- 890375 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA CITA FEBRERO, 2026 #1

Dx1 G404 **Dx2:** F808 **Dx3:**

BELISARIO MEZA HERMAN RAFAEL
Reg. RM53815
NEUROLOGO PEDIATRA

Impreso por: Pitalua Teheran Josue David
2025-10-27 12:43

Cajacopi EPS
04 Nov.
7-1pm

	IPS PEDIATRICA "PASTOR Y MARIA" S.A.S. N.I.T. 900.780.041-2	Gestion de Sistemas de Informacion	
	Historia Clínica Especializada	Version 01	Vigencia 01-sept-2023
	HISTORIA DE INGRESO	Admisión No.	22071

JESUS ANDRES RODRIGUEZ PINTO TI - 1123412248 H.C. No. 1.123.412.248

lunes, 27 de octubre de 2025 12:13 (12 Años, 2 Meses)

Belisario Meza Herman Rafael
NEUROLOGO PEDIATRA
Reg. RM53815 / C.C. 53.815

3.748

IPS PEDIATRICA "PASTOR Y MARIA" S.A.S. N.I.T. 900.780.041-2	Gestion de Sistemas de Informacion	
ORDENES MEDICAS	Version 01	Vigencia 01-19-2024
FORMULA MEDICA	Admisión No.	22071
	Orden No:	242744

Paciente: RODRIGUEZ PINTO JESUS ANDRES **Fecha:** octubre 27 de 2025

Identificación: TI 1.123.412.248 **Entidad:** CAJACOPI EPS SAS

1. LACOSAMIDA TAB 100 MG. #630 (Seiscientos Treinta)
   DAR 2 TABLETAS (AM) / 1 Y MEDIA TABLETAS (PM) CADA 12 HORAS, PARA 6 MESES
2. LEVETIRACETAM TAB 500 MG. #540 (Quinientos Cuarenta)
   DAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS, PARA 6 MESES.

Dx1: G404

Firma del Paciente

Impreso por: *Pitalua Teheran Josue David*
2025-10-27 12:43

BELISARIO MEZA HERMAN RAFAEL
CC53.815 Reg. RM53815
NEUROLOGO PEDIATRA



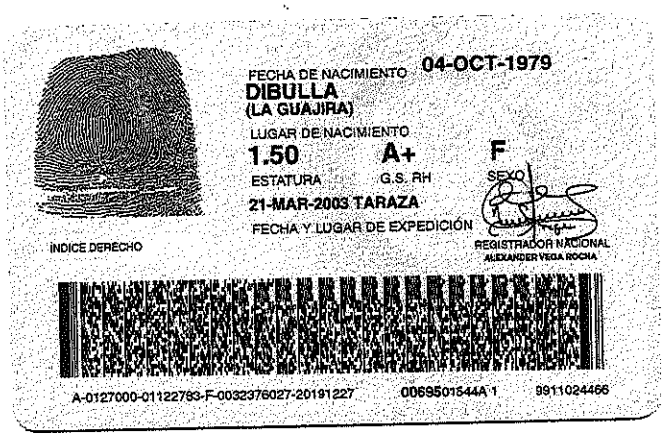
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 32.376.027
PINTO ANGULO

APELLIDOS
YOJANA MILENA

NOMBRES
Yojana Pinto

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1979
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-MAR-2003 TARAZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-0127000-01122783-F-0032376027-20191227 0069501544A 1 9911024466

3.750

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jesus David Arrego			RC	1225075180	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
15-10-2022	Riohacha		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
2	Hombre	✓	Coyg Cap1	Estrabismo no especificado	
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Fisica-visual-Mixta			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto			Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO		La Guajira	Dibulla	
Dirección de vivienda:			Calle 4 #		
Barrio / Vereda			7 de Junio		
Se reconoce como víctima del conflicto armado			SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:			SÍ	NO	¿Cuál?
Género			Femenino		
			Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Yenni Jev		CC X	CE	PP	1.000289855
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
madre	madre				Calle 4 #
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3206103528					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

3.751

3024585106

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.225.075.188

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61663671

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 38 RIOHACHA - COLOMBIA - LA GUAJIRA - RIOHACHA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
URIBE	MARULANDA

Nombre(s)

JESUS DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes 07 Día 15	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA LA GUAJIRA RIOHACHA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD ESCRITA	

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

MARULANDA PEREZ JENNIFER ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.225.075.188	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

URIBE RAMIREZ LUIS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.121.[illegible]	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARULANDA PEREZ JENNIFER ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)

[illegible] Firma Jennifer Marulanda

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de **inscripción**

Año 2023 Mes 08 Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza

[illegible] Nombre y firma

Reconocimiento paterno

LUIS URIBE RAMIREZ
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

09 AGO 2023 - SERIAL MEDIANTE [illegible] 16 NOV 2023

RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO

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
JESUS	DAVID	URREGO	MARULANDA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1225075180

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	7	26

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
901010389

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	

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b229.3 b530.2 b535.2
2. Codigos Estructuras Corporales
s220.363 s540.378
3. Codigos Actividades y Participación
d560.2 d810.3 d880.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

3754

IPSI SOLWAYUU

NIT: 900270453

COD. PRESTADOR: 440900071204

I.P.S.I. SOL WAYUU
Por la salud de nuestra comunidad!!

HISTORÍA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL

Referencia: 1073739

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD
RC. 1225075180	JESUS DAVID URREGO MARULANDA	15/11/2022	2 AÑOS, 7 MESES, 3 DIAS
SEXO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA**	**GRUPO POBLACIONAL**
MASCULINO	SOLTERO	NINGUNO	NINGUNO
NIVEL DE ESTUDIO	**OCUPACION**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
NO DEFINIDO (NINGUNO)		Calle 4 Kra 12 # 06 Barrio 7 de	3023102095
FINANCIADOR	**RÉGIMEN**	**FECHA DE ATENCION**	
CAJACOPI EPS	SUBSIDIADO	18/06/2025 03:10 PM	

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

IDENTIFICACIÓN	*NOMBRES Y APELLIDOS*	*TELÉFONO*	*PERENTESCO*
1000289855	JENNIFER ANDREA MARULANDA HENAO	3023102095	MADRE

DATOS DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA

TIENE GRIPA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE (JENNIFER ANDREA MARULANDA HENAO CON C.C 1000289855) QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE E VOLUCION DADO POR RINORREA HIALINA TOS SECA INAPETENCIA MALESTAR GENERAL , PACIENTE CON ANTECEDNETES DE ESTRABISMO SOLICITA RENOVAR ORDEN DE VALORACION POR ESPECIALISTA

REVISIÓN POR SISTEMA

NORMAL

ES SINTOMATICO	NO	ES VICTIMA DE MALTRATO	NO	ES VICTIMA DE VIOLENCIA	NO

ANTECEDENTES

MEDICOS FAMILIARES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Enfermedad Mental	NO	Tabaquismo	NO
Alcoholismo	NO	Droga dependencia	NO	Dislipidemia	NO	Cancer	NO
Candivascular	NO	Convulsiones	NO	Otros antecedentes	NO		

PERINATALES

VIA DEL PARTO	CESAREA	EMBARAZO DESEADO?	SI	PARTO INSTITUCIONAL	SI
LUGAR DEL PARTO		PATOLOGIA PERINATAL	No	EDAD GESTACIONAL AL	A TERMINO
EDAD GESTACIONAL AL	SI	RECIBIO ATENCION	SI	TALLA AL NACER (cm)	NO SABE
PESO AL NACER (gramos)	MAYOR DE 3000	PERIMETRO CEFALICO (cm)		REANIMACION AL NACER?	NO
Fecha TSH Neonatal		Resultado TSH Neonatal		Fecha Hemoc. Neonatal	
Nuevo texto		Fecha VDRL Posparto			

PERSONALES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Cardiopatia	NO	Tuberculosis	NO
Consumo de Alcohol	NO	Consumo de Tabaco	NO	Quirurgicos	NO	Cancer	NO
Alergicos	NO	Toxicoambientales	NO	EPOC	NO	Otros antecedentes	NO

3755

IPSI SOLWAYUU

NIT: 900270453

SEDE: IPSI SOLWAYUU MINGUEO

I.P.S.I. SOLWAYUU
Por la salud de nuestra comunidad!

Fecha de impresión del documento: 18/06/2025 16:16

FORMATO DE REFERENCIA

INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE		NIT	CÓDIGO
IPSI SOLWAYUU		900270453	440900071204
DIRECCIÓN	**TELÉFONO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD**
		LA GUAJIRA	RIOHACHA

DATOS DEL PACIENTE

No. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO
RC. 1225075180	JESUS DAVID URREGO MARULANDA		15/11/2022
EDAD	**SEXO**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
2 AÑOS, 7 MESES, 3 DIAS	MASCULINO	Calle 4 Kra 12 # 06 Barrio 7 de junio	3023102095
CIUDAD	**FINANCIADOR**		**CÓDIGO FINANCIADOR**
DIBULLA	CAJACOPI EPS		890102044

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

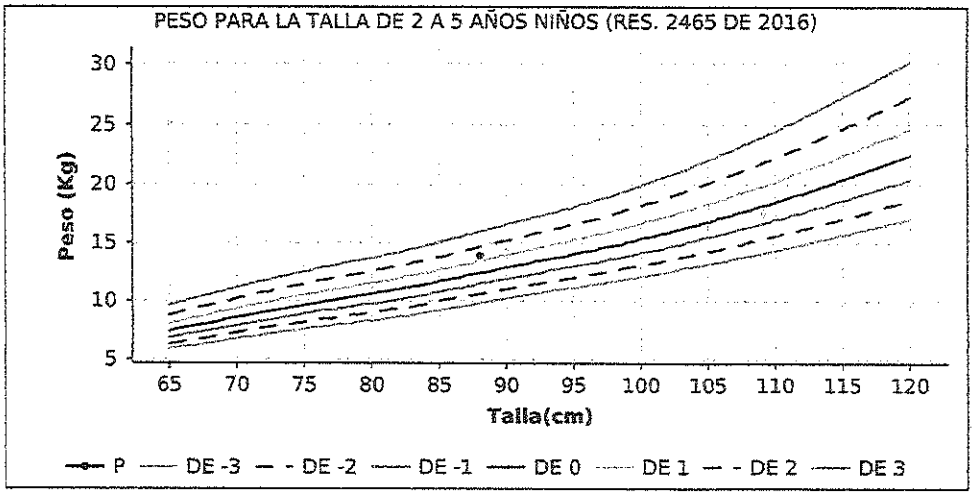
NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO
YULIBETH DAZA GONZALEZ	SD
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA	**SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA**
MEDICINA GENERAL	PEDIATRIA
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	
H509 - Estrabismo, no especificado	
DIAGNOSTICO RELACIONADO 1	
J00X - Rinofaringitis aguda [resfriado comun]	
DIAGNOSTICO RELACIONADO 2	
-	
DIAGNOSTICO RELACIONADO 3	
-	

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE (JENNIFER ANDREA MARULANDA HENAO CON C.C 1000289855) QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE E VOLUCION DADO POR RINORREA HIALINA TOS SECA INAPETENCIA MALESTAR GENERAL , PACIENTE CON ANTECEDNETES DE ESTRABISMO SOLICITA RENOVAR ORDEN DE VALORACION POR ESPECIALISTA

Yulibeth Daza Gonzalez
Medico General
R.M. 2931
Universidad Metropolitana

YULIBETH DAZA GONZALEZ
R.M. 2931



Fecha	Talla(cm)	Peso (Kg)
18/06/2025	88	13.9

3 755

IPSI SOLWAYUU

NIT: 900270453

SEDE : IPSI SOLWAYUU MINGUEO

I.P.S.I. SOL WAYUU
Por la salud de nuestra comunidad!

ORDEN MEDICA Nro. 172541

Fecha de impresión del documento: 16/06/2025 15:16

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
RC. 1225075180	JESUS DAVID URREGO MARULANDA	2 AÑOS, 7 MESES, 3	MASCULINO	3023102095	Calle 4 Kra 12 # 06

FECHA DE ORDEN	CONVENIO	PATOLOGIA
16/06/2025	CAJACOPI ASISTENCIAL DIBULLA	Estrabismo, no especificado

CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	

Yulibeth Daza Gonzalez
Medico General
R.M. 2931
Universidad Metropolitana

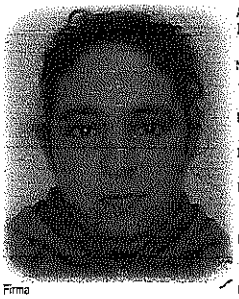
YULIBETH DAZA GONZALEZ
MEDICINA GENERAL- T.P.: 2931

3-759

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.289.855



Apellidos
MARULANDA HENAO

Nombres
JENNIFER ANDREA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.60	F

Fecha de nacimiento
19 JUN 1990

G.S.
A-

Lugar de nacimiento
MEDELLIN (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
28 JUL 2008, BOGOTA.D.C.

Firma

Jennifer Marulanda

Fecha de expiración
20 MAR 2035

.CO

078028430

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL078028430015001<<<<<<<<<<
9006197F3503203COL1000289855<5
MARULANDA<HENAO<<JENNIFER<ANDR

v 3760

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jesus David Vanegas Noreña			CC	1.118.826.396	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
17 06 2007	Rio Hacha		La Guajira	La Guajira	
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
18	Hombre	✓	Cajacopi	Mano o pie en garra -pesquisa especial para trastornos cardiovasculares	DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física multiple intelectual	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:		
SÍ	NO	La Guajira	Maicao		
Dirección de vivienda:	Calle 6 # 7-21				
Barrio / Vereda	Campo Alegre				
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Forzado	
Pertenencia étnica:	SÍ ✓	NO	¿Cuál?	Indigena Zenu	
Género	Femenino				
	Masculino x				

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Alba Maria Noreña Duran	CC ✓	CE	PP	CC 1006855604
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
madre	madre			Calle 6 # 7-21
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
314 633 6301	Albanoreña5520@gmail.com			

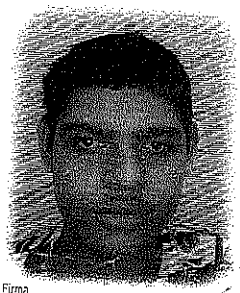
3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO			*Mañana*
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

3761

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
VANEGAS NORIEGA

NUIP 1.118.826.396

Nombres
JESUS DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
M

Fecha de nacimiento
17 JUN 2007

G.S
O+

Lugar de nacimiento
RIOHACHA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedicion
21 AGO 2025, DIBULLA

Firma

Fecha de expiracion
23 AGO 2035

CC

1068866381

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL1068866381248005<<<<<<<<<<
0706173M3508231COL1118826396<0
VANEGAS<NORIEGA<<JESUS<DAVID<<

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

3 762

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807 Keinnys
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228 Kmedina
VANESSA GOLDA JOIRO HERNANDEZ	Fonoaudiología	CC-40984392 Vanessa Joiro H

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JESUS DAVID VANEGAS NORIEGA* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Alba noriega Duran

Nombre y Firma

Documento: TI-1118826396

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

3 763

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JESUS	DAVID	VANEGAS	NORIEGA

1.5 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: 1118826396

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
FUNDACION REINTEGRAR RV	2022	6	3

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	DIBULLA

c. CATEGORIA 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	25.00
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	40.00
Participación	64.29
GLOBAL	34.05

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b399.3 b770.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.378 s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.3 d4602.2 d920.3

3764

IPSI SOLWAYUU MINGUEO

I.P.S.I. SOLWAYUU
Por la salud de nuestra comunidad

NIT: 900270453

EMPRESA : IPSI SOLWAYUU

ORDEN MEDICA Nro. 178477

Fecha de impresión del documento: 08/10/2025 13:29

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	TELÉFONO
TI. 1118826396	JESUS DAVID VANEGAS NORIEGA	18 AÑOS, 3 MESES, 21 DIAS	MASCULINO	3218445253

DIRECCION	REGIMEN	CONVENIO	FECHA DE ORDEN
CAMPO ALEGRE	SUBSIDIADO	PGR AL RITMO DE TU CORAZON 2025 INCIDENTES	08/10/2025

PATOLOGIA

Z136 - Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares M215 - Mano o pie en garra o en talipes, pie equinovaro o zambo adquiridos J22X -

CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES
890266	890266 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA / EVENTO	

Yulibeth Daza Gonzalez
Medico General
R.M. 2931
Universidad Metropolitana

YULIBETH DAZA GONZALEZR.M.: 2931
FIRMA ESPECIALISTA DE MEDICINA GENERAL

2931

3.265

IPSI SOLWAYUU

NIT: 900270453

SEDE: IPSI SOLWAYUU MINGUEO

I.P.S.I. SOL WAYUU
Por la salud de nuestra comunidad!

Fecha de impresión del documento: 08/10/2025 13:29

FORMATO DE REFERENCIA

INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE		NIT	CÓDIGO
IPSI SOLWAYUU		900270453	440900071204
DIRECCIÓN	TELÉFONO	DEPARTAMENTO	CIUDAD
		LA GUAJIRA	RIOHACHA

DATOS DEL PACIENTE

No. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO
TI. 1118826396	JESUS DAVID VANEGAS NORIEGA		17/06/2007
EDAD	SEXO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
18 AÑOS, 3 MESES, 21 DIAS	MASCULINO	CAMPO ALEGRE	3218445253
IUDAD	FINANCIADOR		CÓDIGO FINANCIADOR
DIBULLA	CAJACOPI EPS		890102044

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO
YULIBETH DAZA GONZALEZ	SD
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA	SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA
MEDICINA GENERAL	MEDICINA INTERNA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
Z136 - Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares
DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
M215 - Mano o pie en garra o en talipes, pie equinovaro o zambo adquiridos
DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
J22X - Infeccion aguda no especificada de las vias respiratorias inferiores
DIAGNOSTICO RELACIONADO 3

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

SE TRATA DE PACIENTE EN PROGRAMA DE CAPTACION DE RIESGO, SEGUN REFIERE PACIENTE SE ENCUENTRA ESTABLE, SE ORDENA MANEJO MEDICO AMBULATORIO. DE POR LO QUE SE LE EXPLICA CONDUCTA A SEGUIR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR PACIENTE NIEGA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, NIEGA FIEBRE, ACTUALMENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE (ALBA MARIA NORIEGA DURAN CON C.C 1006855604) QUIEN REFIERE ANTECEDNETES DE PIE EQUINOVARO, POSTRADO A SILLA DE RUEDAS, CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION DADO POR TOS PRODUCTIVA CONGESTION NASAL DIFICULTAD PARA RESPIRAR MALESTAR GENERAL

Yulibeth Daza Gonzalez
Medico General
R.M. 2931
Universidad Metropolitana

YULIBETH DAZA GONZALEZ
R.M. 2931

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES

	Peso (kgs)	Talla (cms)	Imc	Clasificacion Imc	Tensión Arterial	Frecuencia Cardiaca	Frecuencia Respiratoria	Perimetro Abdominal
08/10/25	50	160	19.531	Normal	100/60	80	20	78

	Temperatura
08/10/25	36.5

INSPECCION FISICA

	Cabeza - Cara - Cuello
08/10/25	NORMOCEFALO CABELLOS BIEN IMPLANTADOS MUCOSA ORAL HÚMEDA OJOS PARPADOS ÍNTEGROS SIN LESIÓN NO HAY PRESENCIA DE MASAS EN LA PERIFERIA OCULAR, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, NARIZ SIN DESVIACIONES DEL TABIQUE U OTRAS DEFORMIDADES FOSAS NASALES PERMEABLES OÍDOS PABELLÓN AURICULAR BIEN IMPLANTADOS, CUELLO SIMÉTRICO DE LARGO Y ANCHO CONSERVADO NO DOLOROSO AL MOVIMIENTO DE FLEXIÓN Y EXTENSIÓN.

	Cabeza - Cara - Cuello
08/10/25	NORMOCEFALO CABELLOS BIEN IMPLANTADOS MUCOSA ORAL HÚMEDA OJOS PARPADOS ÍNTEGROS SIN LESIÓN NO HAY PRESENCIA DE MASAS EN LA PERIFERIA OCULAR, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, NARIZ SIN DESVIACIONES DEL TABIQUE U OTRAS DEFORMIDADES FOSAS NASALES PERMEABLES OÍDOS PABELLÓN AURICULAR BIEN IMPLANTADOS, CUELLO SIMÉTRICO DE LARGO Y ANCHO CONSERVADO NO DOLOROSO AL MOVIMIENTO DE FLEXIÓN Y EXTENSIÓN.

	Abdomen
08/10/25	PERISTALSIS NORMAL - BLANDO - DEPRESIBLE - NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN - SIN VISEROMEGALIAS - SIN MASAS - SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

	Genito Urinario
08/10/25	NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE.

	Extremidades
08/10/25	DISTRFICAS, PIE EQUINOVARO

	Piel y Faneras
08/10/25	SIN CAMBIOS EN EL PIGMENTO - LLENADO CAPILAR MENOR A 2seg

	Sistema Nervioso Central
08/10/25	CONSCIENTE - ALERTA - ORIENTADO EN LA TRES ESFERAS - SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO. SIN ALTERACION DE PARES CRANEALES. GLASGOW 15/15

	Observaciones
08/10/25	CONSCIENTE ORIENTADO AFEBRIL HIDRATADO AL MOMENTO DEL EXAMEN

DIAGNÓSTICO

Fecha	Diagnóstico	Tipo

08/10/2025	[Diagnóstico principal] Z136.Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares [Diagnóstico relacionado 1] M215.Mano o pie en garra o en talipes, pie equinovaro o zambo adquiridos [Diagnóstico relacionado 2] J22X.Infeccion aguda no especificada de las vias respiratorias inferiores	2 - CONFIRMADO NUEVO

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
08/10/2025	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE TOMA DE PRESION ARTERIAL DIARIA Y ANOTAR REPOSO 15 MINUTOS ANTES DE CADA TOMA CITA CON RESULTADOS. COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] - GESTION DEL RIESGO COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) SEMIAUTOMATIZADO - GESTION DEL RIESGO COLESTEROL TOTAL - GESTION DEL RIESGO CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - GESTION DEL RIESGO GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - GESTION DEL RIESGO HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL - GESTION DEL RIESGO HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA - GESTION DEL RIESGO MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA - GESTION DEL RIESGO TRIGLICERIDOS - GESTION DEL RIESGO UREA - GESTION DEL RIESGO UROANALISIS PARCIAL DE ORINA - GESTION DEL RIESGO Indicaciones SIGNOS DE ALARMA: SE DAN ORIENTACION Y EDUCACION SIGNOS DE ALARMA. Aumento de la ingesta de líquidos, sed intensa, micción frecuente, boca seca, sensación de peso en la cabeza, visión borrosa, mareos y alteración de la conciencia. SE LE EDUCA AL PACIENTE ACERCA DEL PLAN DE CONTINGENCIA QUE SE ESTA REALIZANDO DEBIDO A LA SITUACION DE SALUD PUBLICA POR EL CUAL ESTA PASANDO EL PAIS CON EL CORONAVIRUS COVID 19 SE LE INDICA LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS SI PRESENTA SINTOMAS DE RESFRIADO COMUN NO RELEVANTES DEBE QUEDARSE EN CASA. DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA REALIZAR EJERCICIOS DIETA SALUDABLE LAVADO DE MANOS INGESTA DE AGUA SEGURA EXPLICO Y DOY RECOMENDACIONES SOBRE TABAQUISMO COMO PRIMERA CAUSA DE CA DE PULMON DOY RECOMENDACIONES SOBRE LAVADO DE MANOS CON ABUNDANTE AGUA Y JABON, USO DE GEL ANTIBACTRERIAL, MANTENERSE EN CASA LO MAXIMO POSIBLE, MANTENER EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL, EN CASO DE SALIR UTILIZAR TAPABOCAS, SI VA A TOSER CUBRIRSE CON EL CODO SE LE EDUCA AL PACIENTE ACERCA DEL PLAN DE CONTINGENCIA QUE SE ESTA REALIZANDO DEBIDO A LA SITUACION DE SALUD PUBLICA POR EL CUAL ESTA PASANDO EL PAIS CON EL CORONAVIRUS COVID 19 SI Y ACEPTA S/S HB + HCTO GLICEMIA PERFIL LIPIDICO CREATININA BUN PARCIAL DE ORINA TRIGLICERIDOS HEMOGLBINA GLICOSILADA, MICROALBUMINURIA EXPLICO AL PACIENTE IMPORTANCIA DE ASISTIR OPORTUNAMENTE A CONTROL DE HTA PARA DISMINUIR LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES QUE PUDIESEN PRESENTAR LE EXPLICO AL PACIENTE QUE SON LAS ENFERMEDADS CORIMICAS NO TRANSMISIBLES COMO APRENDER A CONVIVIR CON ELLAS Y DISMINUIR RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PACIENTE REFIERE COMPRENDER Y ESTAR CONFORME CON LO EXPLICADO Y SE COMPROMETE A ASISTIR PUNTUALMENTE A CONTROL DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA REALIZAR EJERCICIOS DIETA SALUDABLE LAVADO DE MANOS INGESTA DE AGUA SEGURA S/S VALORACION POR MEDICINA INTERNA EXPLICO AL PACIENTE IMPORTANCIA DE ASISTIR OPORTUNAMENTE A CONTROL DE HTA PARA DISMINUIR LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES QUE PUDIESEN PRESENTAR LE EXPLICO AL PACIENTE QUE SON LAS ENFERMEDADS CORIMICAS NO TRANSMISIBLES COMO APRENDER A CONVIVIR CON ELLAS Y DISMINUIR RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PACIENTE REFIERE COMPRENDER Y ESTAR CONFORME CON LO EXPLICADO Y SE COMPROMETE A ASISTIR PUNTUALMENTE A CONTROL S.S VALORACION POR MEDICINA INTERNA S.S VALORACION POR NUTRICION S.S VALORACION POR ODONTOLOGIA S.S VALORACION POR PSICOLOGIA

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Fecha	Medicamento	Cantidad	Posología
08/10/2025	CLORFENIRAMINA FCO 2 MG / 5 ML	1 Suspension oral	
08/10/2025	AMOXICILINA 500MG TABLETAS	21 Tableta o capsula	
08/10/2025	PLATA SULFADIAZINA TUB O POT. 0.01	1 Solucion topica	

ORDEN DE EXÁMENES DE LABORATORIOS

Fecha	Exámen Laboratorio
08/10/2025	902210 - HEMOGRAMA IV - AL RITMO DE TU CORAZON
08/10/2025	903026 MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA - AL RITMO DE TU CORAZON
08/10/2025	903815 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] - AL RITMO DE TU CORAZON
08/10/2025	903816 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) SEMIAUTOMATIZADO - AL RITMO DE TU CORAZON
08/10/2025	903818 COLESTEROL TOTAL - AL RITMO DE TU CORAZON
08/10/2025	903841 GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - AL RITMO DE TU CORAZON
08/10/2025	903868 TRIGLICERIDOS - AL RITMO DE TU CORAZON
08/10/2025	903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - AL RITMO DE CORAZON
08/10/2025	907106 UROANALISIS PARCIAL DE ORINA - AL RITMO DE TU CORAZON

PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA ATENCION	YULIBETH DAZA GONZALEZ	C.C.56078264	R.M. :	2931	FIRMA:

3.770

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.855.604

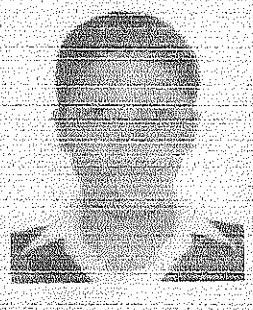
NORIEGA DURAN

APELLIDOS

ALBA MARIA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1993
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-ENE-2012 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4800500-00377928-F-1006855604-20120523 0030020162A 2 34297925

FUNDACION FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Joltan Sebastian Fonseca Lapeath			TI.	1123412976	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
02-04-2014	Dibolla		La Guajira	Mingueo	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
11 Años	Hombre ✓		Coosalud Cosi	- Autismo	DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Intelectual	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO ✓	La Guajira	
Dirección de vivienda:		villa diana Mz 7 - casa 4	
Barrio / Vereda		villadiana	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO	¿Cuál? Desplazamiento
Género			Femenino
			Masculino ✓

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Edinson Segundo Fonseca Ramos	CC ✓	CE	PP	19603794
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Padre	Padre			M 7 - cas 4 villa Diana
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
322 562 7846				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
Si		Todo los Dias	Mañana ✓
			Tarde
Institución pública ✓	Institución privada		Jornada Completa

372

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.123.412.976**
FONSECA LADEUTH

APELLIDOS
JOHAN SEBASTIAN

NOMBRES
Johan

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-2014**
CC EL MINGUEO
DIBULLA (LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

02-ABR-2032 **B+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

27-MAY-2021 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4800500-01236213-M-1123412976-20210601 0074525400A 1 6502099973

3.723

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
JOHAN	SEBASTIAN	FONSECA	LADEUTH

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1123412976

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	4	20

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901010389

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	66.67
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b125.3 b130.3 b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d155.4 d175.2 d310.2

3.224

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

3.775

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	JOHAN SEBASTIAN FONSECA LAUDETH	**Identificacion**	1123412976
Direccion	MINGUEO	**Ciudad**	DIBULLA
Telefono	3015980258-	**Asegurador**	CAJACOPI EPS SAS ¦ CAJACOPI EPS SAS

ORDEN DE SERVICIO

No.: 6747164 **Edad del paciente:** 10 años 2 meses y 29días **Fecha de la nota:** 1/07/2024 1:13:18 p. m.

DESCRIPCIÓN

ORDEN DE SERVICIO 39143 CONSULTA POR PEDIATRIA

DESCRIPCION

.TERAPIA CON PSICOLOGIA(3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (890208)
TERAPIA CON FONOAUDIOLOGIA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (937000)
TERAPIA FISICA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 931001
TERAPIA OCUPACIONAL (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 938303
VALORACION POR NEUROPSICOLOGIA (VALORACION COGNITIVO CONDUCTUAL)
VALORACION POR NEUROLOGIA PEDAITRICA
S/S HEMOGRAMA, GLICEMIA, TSH, T4 LIBRE, UROANALISIS, COPROLOGICO
CITA CONTROL PEDIATRIA EN 1 MES 890383

Dx Ppal.: F840 AUTISMO EN LA NIÑEZ

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

DIDIER RAMIRO REY TIRADO
RM 1118834264
PEDIATRIA

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	JOHAN SEBASTIAN FONSECA LAUDETH	**Identificacion**	1123412976
Direccion	MINGUEO	**Ciudad**	DIBULLA
Telefono	3015980258-	**Asegurador**	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

HISTORIA CLINICA DE PRIMERA VEZ MED. ESPECIALIZADA

No.: 6747158 **Edad del paciente:** 10 años 2 meses y 29días **Fecha de la nota:** 1/07/2024 1:09:26 p. m.

Datos Personales

OCUPACIÓN
Otros

ZONA
Urbana

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA
CONSULTA DE PRIMER VEZ POR PEDIATRIA

ENFERMEDAD ACTUAL

SE TRATA DE ESCOLAR DE SEXO MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA EN COMPAÑIA DE SU PROGENITORA LA CUAL MANIFIESTA QUE LO TRAE A CONSULTA MEDICA DE PRIMER VEZ POR PEDIATRIA POR ANTENCENTES DE PATOLOGIA CRONICA AUTISMO, HIPERACTIVIDAD SIN CONTROL POR LO CUAL CONSULTA

FARMACOLOGICO: NO
PATOLOGICO ASMA BRONQUIAL, HIPERACTIVIDAD
ALERGICOS NIEGA
QUIRURGICOS ABSCESOS HEPATICO
HOSPITALARIOS NIEGA
INMUNIZACIONES COMPLETAS APORTA CARNET
ANT. FAMILIARES NIEGA HTA, DM , CANCER

Antecedentes Personales

ASMA
NO

DIABETES
NO

F. REUMATICA
NO

CARDIOPATÍA
NO

GASTROPATÍA
NO

HIP. ARTERIAL
NO

HEPATITIS
NO

TÓXICOS
NO

NEOFROPATÍA
NO

TRAUMÁTICOS
NO

QUIRÚRGICOS
NO

VENÉREOS
NO

TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS
NO

Antecedentes Familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES NO

Examen Físico

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	JOHAN SEBASTIAN FONSECA LAUDETH	**Identificacion**	1123412976
Direccion	MINGUEO	**Ciudad**	DIBULLA
Telefono	3015980258-	**Asegurador**	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

CLASIFICACIÓN DE RIESGO POR T.A
Optima

TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA
1

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
1

F. CARDÍACA (Lat*Min)
95

F. RESPIRATORIA (Res/Min)
22

TEMPERATURA. (°C)
36

Clasificación antropométrica (IMC)	I.M.C	PESO (kg)	TALLA (Cms)
Bajo de peso	16,22	30	136

CABEZA
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL. TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLES.
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, FOSAS NASALES PERMEABLES SIN SECRECIONES. CUELLO: MOVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS. TÓRAX: . SIN TIRAJES, SIMÉTRICO, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS; NO MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
NORMOCONFIGURADO PARA EDAD Y SEXO. DIURESIS + EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, NO DEFORMIDAD, PULSOS PRESENTES
PIEL: HIDRATADA, SIN LESIONES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
NORMOTÓNICO NORMORREFLEXICO. SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE. SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA

OJOS
NORMAL

CUELLO
NORMAL

OTORRINO
NORMAL

ABDOMEN
NORMAL

CARDIOPULMONAR
NORMAL

EXTREMIDADES
NORMAL

GENITOURINARIO
NORMAL

PIEL
NORMAL

S.N.C
NORMAL

OTROS HALLAZGOS NORMAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA AUTISMO

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	JOHAN SEBASTIAN FONSECA LAUDETH	**Identificacion**	1123412976
Direccion	MINGUEO	**Ciudad**	DIBULLA
Telefono	3015980258-	**Asegurador**	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

PLAN O MANEJO

TERAPIA CON PSICOLOGIA(3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (890208)
TERAPIA CON FONOAUDIOLOGIA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (937000)
TERAPIA FISICA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 931001
TERAPIA OCUPACIONAL (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 938303
VALORACION POR NEUROPSICOLOGIA (VALORACION COGNITIVO CONDUCTUAL)
VALORACION POR NEUROLOGIA PEDAITRICA
S/S HEMOGRAMA, GLICEMIA, TSH, T4 LIBRE, UROANALISIS, COPROLOGICO
CITA CONTROL PEDIATRIA EN 1 MES 890383
RECOMENDACIONES GENERALES
Se explica la importancia de llevar al día el esquema de vacunación.
Se le da charla sobre la prevención de accidentes en el hogar, sobre el cuidado de los alimentos, hervir el agua para el consumo para prevenir enfermedades, el uso de tapabocas, lavado de manos
Se le explica sobre los cuidados del menor en casa o en lugares de convivencia para prevenir abuso de adultos sobre su integridad física y sexual
SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIA DE MANERA INMEDIATA: - La respiración se hace difícil - La respiración se acelera - El niño tiene incapacidad para beber - El niño tiene vómitos y/o diarrea persistente - El niño tiene signos de deshidratación: ojos hundidos, boca seca, llanto sin lágrimas, entre otros - El niño tiene temperatura corporal cuantificada mayor o igual a 38°C persistente o que no mejora con medios físicos y antipiréticos - El niño tiene alteración de la conciencia - La salud del niño sigue igual o empeora - entre otros
1

JUSTIFICACIÓN

Dx Ppal.: F840 AUTISMO EN LA NIÑEZ

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

DIDIER RAMIRO REY TIRADO
RM 1118834264
PEDIATRIA

3.779

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.124.361.115



Apellidos
DAZA URREGO

Nombres
MAYRA ALEJANDRA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.50	F

Fecha de nacimiento
19 DIC 2000

G.S
A-

Lugar de nacimiento
MANAURE (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
18 MAR 2019, DIBULLA

Firma
mayra Daza

Fecha de expiración
05 JUN 2034

.OD

047879759

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL047879759848005<<<<<<<<<<
0012197F3406050COL1124361115<0
DAZA<URREGO<<MAYRA<ALEJANDRA<<

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente:	JOHAN SEBASTIAN FONSECA LAUDETH	Identificacion	1123412976
Direccion:	MINGUEO	Ciudad	DIBULLA
Telefono:	3015980258-	Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

PLAN O MANEJO

TERAPIA CON PSICOLOGIA(3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (890208)
TERAPIA CON FONOAUDIOLOGIA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (937000)
TERAPIA FISICA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 931001
TERAPIA OCUPACIONAL (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 938303
VALORACION POR NEUROPSICOLOGIA (VALORACION COGNITIVO CONDUCTUAL)
VALORACION POR NEUROLOGIA PEDAITRICA
S/S HEMOGRAMA, GLICEMIA, TSH, T4 LIBRE, UROANALISIS, COPROLOGICO
CITA CONTROL PEDIATRIA EN 1 MES 890383
RECOMENDACIONES GENERALES
Se explica la importancia de llevar al día el esquema de vacunación.
Se le da charla sobre la prevención de accidentes en el hogar, sobre el cuidado de los alimentos, hervir el agua para el consumo para prevenir enfermedades, el uso de tapabocas, lavado de manos
Se le explica sobre los cuidados del menor en casa o en lugares de convivencia para prevenir abuso de adultos sobre su integridad física y sexual
SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIA DE MANERA INMEDIATA: - La respiración se hace difícil - La respiración se acelera - El niño tiene incapacidad para beber - El niño tiene vómitos y/o diarrea persistente - El niño tiene signos de deshidratación: ojos hundidos, boca seca, llanto sin lágrimas, entre otros - El niño tiene temperatura corporal cuantificada mayor o igual a 38°C persistente o que no mejora con medios físicos y antipiréticos - El niño tiene alteración de la conciencia - La salud del niño sigue igual o empeora - entre otros
1

JUSTIFICACIÓN

Dx Ppal.: F840 AUTISMO EN LA NIÑEZ

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

DIDIER RAMIRO REY TIRADO
RM 1118834264
PEDIATRIA

Fecha Impresión: 10/07/2024 9:15:31 a. m.

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 4427900995101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	JOHAN SEBASTIAN FONSECA LAUDETH	Identificación	1123412676
Dirección	MINGUEO	Ciudad	DIBULLA
Teléfono	3015980258-	Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
Optima	1	1

F. CARDÍACA (Lat*Min)	F. RESPIRATORIA (Res/Min)	TEMPERATURA. (°C)
95	22	36

Clasificación antropométrica (IMC)	I.M.C	PESO (kg)	TALLA (Cms)
Bajo de peso	16,22	30	136

CABEZA

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL. TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLES.
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, FOSAS NASALES PERMEABLES SIN SECRECIONES. CUELLO: MOVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TÓRAX: . SIN TIRAJES, SIMÉTRICO, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDÍACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS; NO MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
NORMOCONFIGURADO PARA EDAD Y SEXO. DIURESIS + EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, NO DEFORMIDAD, PULSOS PRESENTES
PIEL: HIDRATADA, SIN LESIONES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
NORMOTÓNICO, NORMORREFLEXICO. SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE. SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA

OJOS

NORMAL

CUELLO

NORMAL

OTORRINO

NORMAL

ABDOMEN

NORMAL

CARDIOPULMONAR

NORMAL

EXTREMIDADES

NORMAL

GENITOURINARIO

NORMAL

PIEL

NORMAL

S.N.C

NORMAL

OTROS HALLAZGOS NORMAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA AUTISMO

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

3.782

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	JOHAN SEBASTIAN FONSECA LAUDETH	**Identificacion**	1123412976
Direccion	MINGUEO	**Ciudad**	DIBULLA
Teléfono	3015980258-	**Asegurador**	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

ORDEN DE SERVICIO

No.: 6747164 **Edad del paciente:** 10 años 2 meses y 29días **Fecha de la nota:** 1/07/2024 1:13:18 p. m.

DESCRIPCIÓN

ORDEN DE SERVICIO 39143 CONSULTA POR PEDIATRIA

DESCRIPCION

.TERAPIA CON PSICOLOGIA(3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (890208)
TERAPIA CON FONOAUDIOLOGIA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (937000)
TERAPIA FISICA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 931001
TERAPIA OCUPACIONAL (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 938303
VALORACION POR NEUROPSICOLOGIA (VALORACION COGNITIVO CONDUCTUAL)
VALORACION POR NEUROLOGIA PEDAITRICA
S/S HEMOGRAMA, GLICEMIA, TSH, T4 LIBRE, UROANALISIS, COPROLOGICO
CITA CONTROL PEDIATRIA EN 1 MES 890383

Dx Ppal.: F840 AUTISMO EN LA NIÑEZ

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

DIDIER RAMIRO REY TIRADO
RM 1118834264
PEDIATRIA

Fecha Impresión: 10/07/2024 9:15:02 a. m.

3.793

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	JOHAN SEBASTIAN FONSECA LAUDETH	Identificacion	1123412976
Direccion	MINGUEO	Ciudad	DIBULLA
Telefono	3015980258-	Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

HISTORIA CLÍNICA DE PRIMERA VEZ MED. ESPECIALIZADA

No.: 6747158 Edad del paciente: 10 años 2 meses y 29días Fecha de la nota: 1/07/2024 1:09:26 p. m.

Datos Personales

OCUPACIÓN
Otros

ZONA
Urbana

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA CONSULTA DE PRIMER VEZ POR PEDIATRIA

ENFERMEDAD ACTUAL SE TRATA DE ESCOLAR DE SEXO MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA EN COMPAÑIA DE SU PROGENITORA LA CUAL MANIFIESTA QUE LO TRAE A CONSULTA MEDICA DE PRIMER VEZ POR PEDIATRIA POR ANTENCENTES DE PATOLOGIA CRONICA AUTISMO, HIPERACTIVIDAD SIN CONTROL POR LO CUAL CONSULTA

FARMACOLOGICO: NO
PATOLOGICO ASMA BRONQUIAL, HIPERACTIVIDAD
ALERGICOS NIEGA
QUIRURGICOS ABSCESOS HEPATICO
HOSPITALARIOS NIEGA
INMUNIZACIONES COMPLETAS APORTA CARNET
ANT. FAMILIARES NIEGA HTA, DM , CANCER

Antecedentes Personales

ASMA
NO

HIP. ARTERIAL
NO

DIABETES
NO

HEPATITIS
NO

F. REUMATICA
NO

TÓXICOS
NO

CARDIOPATÍA
NO

GASTROPATÍA
NO

NEOFROPATÍA
NO

TRAUMÁTICOS
NO

VENÉREOS
NO

QUIRÚRGICOS
NO

TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS
NO

Antecedentes Familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES NO

Examen Físico

3784

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jhon Alfredo Henao			CC	80392 93	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
30/9/1973	Valdivia		La Guajira	Dibolla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
47	Hombre	✓	Nueva Eps	Epilepsia	
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Fisica - Intelectual - Mental			SÍ X	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira		Dibolla - Mingueo	
Dirección de vivienda:		Carrera 8 A A			
Barrio / Vereda		Jose amaya			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO ✓	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO ✓	¿Cuál?	
Género		Femenino			
		Masculino			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Anches Tenjo		CC	CE	PP	1.123 405 934
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Sobrino	Sobrino				Carrera 8 A
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3216985649					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

3 285

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

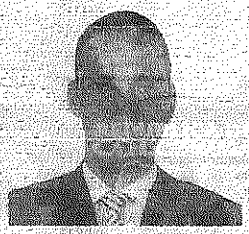
NUMERO **8.039.293**

HENAO PEREZ

APELLIDOS

JHON ALFREDO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-SEP-1973**

VALDIVIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-AGO-1992 TARAZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00208241-M-0008039293-20100108 0019784968A 1 25542767

3.786

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
JHON	ALFREDO	HENAO	PEREZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 8039293

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	4	12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
901010389

c. CATEGORIA 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	Puntaje
Cognición	54.17
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	81.25
Participación	62.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b126.3 b130.3 b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.3 d920.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

PIEL
Hidratada, Sin Lesiones.
PELVIS Y COLUMNA
Sin Alteraciones

EXTREMIDADES
Eutroficas, Sin Edemas.
SNC
Sin déficit motor o sensitivo actual.

CONDUCTA

PLAN DE MANEJO Y PROCEDIMIENTOS

OBSERVACION
NVO
SSN 0.9%
DIAZEPAM AMP 10 MG
DICLOFENACO AMP 75 MG
REVALORAR

Impresión Diagnostica: R568 OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS

ELERIN NOHEMI FAJARDO CRUZ
RM 1119702124
MEDICINA GENERAL

3290

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.123.405.934**
TREJOS HENAO

APELLIDOS
ANDRES FERNANDO

NOMBRES

Andres Trejos

FIRMA





INDICE DERECHO

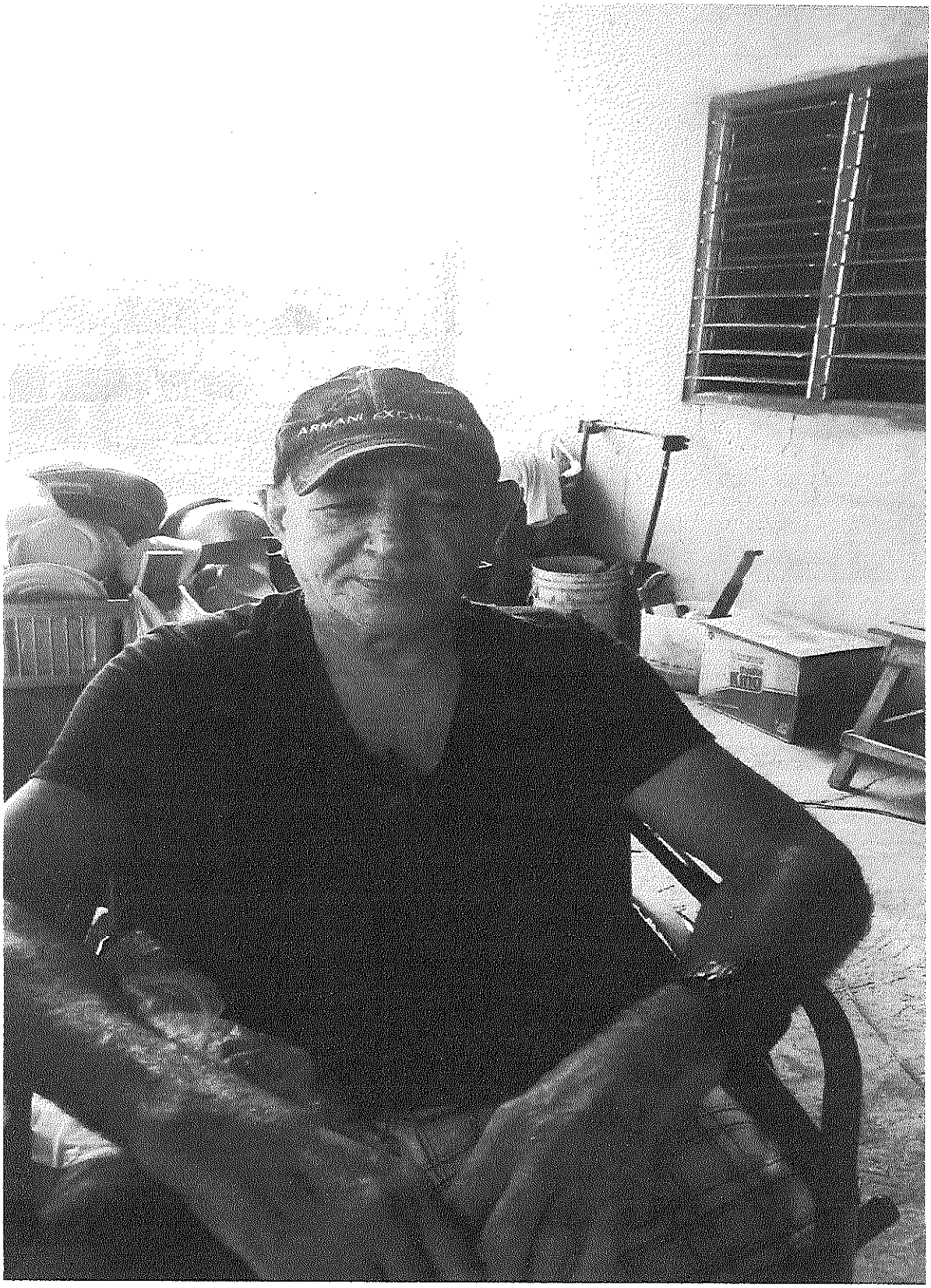
FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1989**
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-FEB-2008 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-4800500-01055570-M-1123405934-20190115 0064176774A 1 49859059


ARMANI EX

3792

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Luis Vanegas Suarez.			cc	12538068	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
08-05-1953.			La Guajira	Dibulla	Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
72 Años	Hombre	✓	Cajacopi	Pie diabetico izquierdo Wagner II con Criterios de amputacion.	DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica, Visual	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla.
Dirección de vivienda:		Cll 5#41	
Barrio / Vereda		Miramar	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO ✓ ¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ	NO ✓ ¿Cuál?
Género		**Femenino**	
		Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Gertrudis Vanegas Ramirez	CC ✓	CE	PP	57430119
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Hermana.	Hermana.			Cll 5#41
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3206442209	gertrudisVanegas10@gmail.com.			

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
			Mañana
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.538.068
VANEGAS SUAREZ

APELLIDOS
LUIS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1953
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

10-JUN-1975 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800500-00208241-M-0012538068-20100106 0019785195A 1 25542535

3.794

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		VANEGAS	SUAREZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 12538068

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	6	27

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.3 b420.3 b540.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s298.378 s598.278

3. Codigos Actividades y Participación

d570.3 d879.2 d920.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

EPICRISIS

SE OBSERVA AUMENTO DE VOLUMEN A TENSION EN PIE Y TOBILLO IZQUIERDO CON PRESENCIA DE SIGNOS DE FLOGOSIS QUE COMPROMETEN TODA LA EXTENSION DEL PIE Y TOBILLO IZQUIERDO CON EXTENSION A LA PIERNA IPSILATERAL
AUNADO A ESTO NECROSIS DEL QUINTO DEDO Y PRESENCIA DE FISTULA A NIVEL DE LA REGION PLANTAR IPSILATERAL CON EXUDADO SEROSO FETIDO

INTERPRETACION DE ESTUDIOS DIAGNOSTICOS: PENDIENTE

DIAGNOSTICOS: -PIE DIABETICO IZQUIERDO WAGNER IV

ANALISIS: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE PIE DIABETICO IZQUIERDO WAGNER IV SE SOLICITA ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL Y VENOSO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO PARA PROGRAMAR NIVEL DE AMPUTACION, PACIENTE CON MIEMBRO INFERIOR ISQUEMICO CON CRITERIOS DE AMPUTACION SUPRACONDILEA DE FEMUR IZQUIERDO (ALTO RIESGO DE TROMBO SEPTICO) SE DECIDE HOSPITALIZAR Y MANEJO CON ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMPLIO ESPECTRO

PLAN: -HOSPITALIZAR
-DIETA HIPOGLUCIDA

-CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12H
-ACETAMINOFEN TAB 500MG CADA 6H VO

-LABORATORIOS: HEMOGRAMA, TIEMPOS, GLUCOSA, CREATININA

-RX DE TORAX
-EKG

-VAL MEDICINA INTERNA

-ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL Y VENOSO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO
-CURA DIARIA POR ENFERMERIA
-CSV
-AVS

JUSTIFICACION DE ESTANCIA: LO DESCRITO

JULIO CESAR ORTIZ ACOSTA
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
Identificación: 1235245912
N° Registro: 1235245912

Consecutivo: 0100713821 Fecha de Atención: 05/08/2025 EVOLUCION HOSPITALIZACION

EVOLUCION SUBJETIVA : PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE AUMENTO DE VOLUMNE, CAMBIOS DE COLORACION EN PIE IZQUIERDO VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION ANTECEDENTES DE DM TIPO II MAL CONTROLADA

EVOLUCION OBJETIVA : PACIENTE DESPIERTO ORIENTADO GLASGOW 15
SE OBSERVA AUMENTO DE VOLUMEN A TENSION EN PIE Y TOBILLO IZQUIERDO CON PRESENCIA DE SIGNOS DE FLOGOSIS QUE COMPROMETEN TODA LA EXTENSION DEL PIE Y TOBILLO IZQUIERDO CON EXTENSION A LA PIERNA IPSILATERAL
AUNADO A ESTO NECROSIS DEL QUINTO DEDO Y PRESENCIA DE FISTULA A NIVEL DE LA REGION PLANTAR IPSILATERAL CON EXUDADO SEROSO FETIDO

INTERPRETACION DE ESTUDIOS DIAGNOSTICOS : PENDIENTE

CLINIVIDA Y SALUD IPS. S.A.S
901336751-4
Teléfonos: 3214596698
Dirección: RIOHACHA

EPICRISIS

DIAGNOSTICOS : -PIE DIABETICO IZQUIERDO WAGNER IV

ANALISIS: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE PIE DIABETICO IZQUIERDO WAGNER IV CON CRITERIOS DE AMPUTACION SUPRACONDILEA DE FEMUR IZQUIERDO PENDIENTE REPORTE DE DOPPLER

PLAN: -MANTENER INDICACIONES
-PENDIENTE REPORTE DE ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL Y VENOSO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO
-PREPARAR PARA CIRUGIA PARA AMPUTACION SUPRACONDILEA DE FEMUR IZQUIERDO
-VAL PSICOLOGIA
-RESERVAR DOS UNIDADES DE CONCENTRADO GLOBULAR PARA CIRUGIA
-CSV
-AVS

JUSTIFICACION DE ESTANCIA: LO DESCRITO

JULIO CESAR ORTIZ ACOSTA
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
Identificación: 1235245912
N° Registro: 1235245912

Consecutivo: 0100713844 Fecha de Atención: 05/08/2025 EVOLUCION HOSPITALIZACION

EVOLUCION SUBJETIVA : REFIERE QUE PASO REGULAR NOCHE CON MANIFESTACIONES D DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO.

EVOLUCION OBJETIVA : TA: 115/80MMHG FC: 75LPM FR: 18RPM GLUCOSA: 220MG/DL
CCC. NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS Y FOTORECATIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, OTOSCOPIA NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, NO SOPLO CAROTIDEO.
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, PULMONES CON MURMULLOS VESICULARES AUDIBLES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, NO TAQUICARDICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO.
ABDOMEN: PERISTALSIS +, BLANDO, DEPERSIBLE, SIN VISCEROMEGALIAS, SIN MASAS, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUÑOPERCUSION BILATERAL NEGATIVA.
GU: NORMOCONFIGURADOS PARA LA EDAD Y GENERO, DIURESIS POSITIVA.
EXT: DOLOR, EDEMA, CALOR EN REGION DE 5TO DEDO DEL PIE IZQUIERDO, ACOMPAÑAD DE TEJIDO NECROTICO CON PRESENCIA DE SIGNOS DE FLOGOSIS, SALIDA DE MAERIAL PURULENTO, RESTO DE EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA, PULSOS +, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS, SENSIBILIDAD CONSERVADA, SIN LIMITACION FUNCIONAL.
MUSCULAR: SIN ALTERACIONES
PIEL: SIN LESIONES, CON BUENA COLORACION DE PIEL Y MUCOSAS, HIDRATADO
NEUROLOGICO: SIN DEFICIT

INTERPRETACION DE ESTUDIOS DIAGNOSTICOS : Resultado De: HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU

FECHA: 04/08/2025 17:05:00
PERSONAL:
Recuento de Leucocitos: 17.33
% Neutrofilos: 86.8
% Linfocitos: 8.4
% Monocitos: 4.3
% Eosinofilos: 0.4
% Basofilos: 0.1
# Neutrofilos: 15.04

EPICRISIS

Datos del afiliado

Identificación:	CC 12538068	Sexo: Masculino	Fecha de Nacimiento: 09/05/1956	Edad: 69 años, 2 meses, 27 días
Departamento:	La Guajira		Ciudad: DIBULLA	
Dirección:	CALLE 5 9-41			Zona: Urbano
Ocupación:	INDEPENDIENTE			
Contratante:	CAJACOPI EPS SAS			Autorización: 3025086
Teléfonos:	3022193402, 3223281800		Plan: CAJSVI CAJACOPI VIGENTE SUBSIDIADO	
Grupo Poblacional:	Otro Grupo Poblacional			
Profesional:	1118869502 - KEIDY HERRERA ARIAS			Especialidad: MEDICINA GENERAL

Admisión

No Admisión:	0100093948		
Vía de Ingreso:	URGENCIA	Fecha Ingreso: 04/08/2025 14:33	Fecha Alta:
Causa Externa:	Enfermedad General		Habitación: HAB308-1
Medico Ingreso:	KEIDY HERRERA ARIAS	Medico Tratante: KEIDY HERRERA ARIAS	
DX Ingreso:	L031 CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS		
Acompañante:	gertrudis vanegas	Parentesco: HERMANA	Tipo Dx: Presuntivo
Responsable:			Contacto: 3223281800

Diagnósticos

Principal [Presuntivo]: (L031) CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS.

Consecutivo: 0100713433 Fecha de Atención: 04/08/2025 HISTORIA CLINICA DE URGENCIA
CAUSA EXTERNA: 13. Enfermedad General

MOTIVO CONSULTA: "REMISION DEL HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA EN DIBULLA

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 72 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE NO TRATADA, ES REMITIDA DEL HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA EN DIBULLA, POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 DIAS DE EVOILCUION CARACTERIZADO POR POR DOLOR, EDEMA, CALOR EN REGION DE 5TO DEDO DEL PIE IZQUIERDO, ACOMPAÑAD DE TEJIDO NECROTICO CON PRESENCIA DE SIGNOS DE FLOGOSIS, SALIDA DE MAERIAL PURULENTO, QUE SE EXTIENDE HACE EL TERCIO MEDIO DE LA PIERNA IZQUIERDA, MADRE PACINETE REFIERE PRESENTA PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS EN CASA, POR LO QUE ACUDE A DICHA INSTITUCION EL DIA DE HOY POR LO QUE DECIDIERON REMITIR A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD CON DISPONIBILIDAD DE MEDICINA Y ORTOPEDIA

ANTECEDENTES: PATOPLOGICO. DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE NO TRATADA
ALERGICO:NIEGA
QUIRRUGICO:NIEGA

REVISION POR SISTEMA: ANTERIORMENTE DESCRITO

SIGNOS VITALES
142 mm/hg 75 mm/hg 0 mm/hg 18 res/min 95 lat/min 37.50 °C 76.00 Kg 178.00 CM 24.62 Cm
ESTADO GENERAL: 2.ACEPTABLE;

CABEZA Y CUELLO: CCC. NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS Y FOTORECATIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, DTOSCOPIA NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, NO SOPLO CAROTIDEO.

CARDIOPULMONAR: TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, PULMONES CON MURMULLOS VESICULARES AUDIBLES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, NO TAQUICARDICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO.

ABDOMEN: ABDOMEN: PERISTALSIS +, BLANDO, DEPERSIBLE, SIN VISCEROMEGALIAS, SIN MASAS, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUÑOPERCUSION BILATERAL NEGATIVA.

GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADOS EXTERNAMENTE. DIURESIS +

EXTREMIDADES: EXT: DOLOR, EDEMA, CALOR EN REGION DE 5TO DEDO DEL PIE IZQUIERDO, ACOMPAÑAD DE TEJIDO NECROTICO

CLINIVIDA

CLINIVIDA Y SALUD IPS. S.A.S
901336751-4
Teléfonos: 3214596698
Dirección: RIOHACHA

12538068
Paciente: VANEGAS SUAREZ LUIS

EPICRISIS

CON PRESENCIA DE SIGNOS DE FLOGOSIS, SALIDA DE MAERIAL PURULENTO, RESTO DE EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA, PULSOS +, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS, SENSIBILIDAD CONSERVADA, SIN LIMITACION FUNCIONAL.
MUSCULAR: SIN ALTERACIONES
PIEL: SIN LESIONES, CON BUENA COLORACION DE PIEL Y MUCOSAS, HIDRATADO

SISTEMA NERVIOSO: SNC: SIN DEFICIT APARENTE, SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, FM: V/V ROT:++/++++,GLASGOW 15/15.

DIAGNOSTICOS: PIE DIABETICO WARNER TIPO 4
HIPERGLICEMIA??
DIABETES MELLITUS CON ADHERENCIA
SEPSIS PUNTO DE PUNTO DE PARTIDA DE INFECCION DE PASRTES BLANDAS
HIPERTENSION AGUDA SEVERA

ANALISIS: PACIENTE MASCULINO DE 72 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE NO TRATADA, ES REMITIDA DEL HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA EN DIBULLA, POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 DIAS DE EVOILCUION CARACTERIZADO POR POR DOLOR, EDEMA, CALOR EN REGION DE 5TO DEDO DEL PIE IZQUIERDO, ACOMPAÑAD DE TEJIDO NECROTICO CON PRESENCIA DE SIGNOS DE FLOGOSIS, SALIDA DE MAERIAL PURULENTO, QUE SE EXTIENDE HACE EL TERCIO MEDIO DE LA PIERNA IZQUIERDA, MADRE PACINETE REFIERE PRESENTA PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS EN CASA, POR LO QUE ACUDE A DICHA INSTITUCION EL DIA DE HOY POR LO QUE DECIDIERON REMITIR A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD CON DISPONIBILIDAD DE MEDICINA Y ORTOPEDIA

PLAN O CONDUCTA: OBSERVACION
SSN 0.9% A RAZON DE 80CC/HORA
DIPIRONA 2 GR IV EN LEV C
CAPTOPRIL 50 MG VO AHORA
INSULINA CRISTALINA
MENOR 70 MG /DL APLICAR D.A.O AL 10% 200C BOLO
70- 150 NO APLICAR
151-200 APLICAR 2 UDS
201- 250 APLICAR 4 UDS
251-300 APLICAR 6 UDS
301-350 APPLICAR 8 UDS
351-400 APLICAR 10 UDS
MAYOR DE 400 MG/DL APLICAR 12 UDS
SS HEMOGRAMA, IONOGRAMA, GLUCOSA, GASES ARTERIALES, GLUCOMETRIA, FUNCION RENAL, TIEMPO
SS RX DE PIE Y PIERNA IZQUIERDA
SS VALORACION PRO MEDICINA INTERNA
SS VALORACION POR ORTOPEDIA
REVALROAR
CSV Y AC

KEIDY HERRERA ARIAS
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Identificación: 1118869502
N° Registro: 1118869502

Consecutivo: 0100713506 Fecha de Atención: 04/08/2025 EVOLUCION URGENCIA

EVOLUCION SUBJETIVA: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE AUMENTO DE VOLUMNE, CAMBIOS DE COLORACION EN PIE IZQUIERDO VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION ANTECEDENTES DE DM TIPO II MAL CONTROLADA

EVOLUCION OBJETIVA: PACIENTE DESPIERTO ORIENTADO GLASGOW 15

EPICRISIS

Linfocitos: 1.44
Monocitos: 0.75
Eosinofilos: 0.07
Basofilos: 0.03
Recuento de Eritrocitos: 4.22
Hemoglobina: 12.2
Hematocrito: 36.0
Volumen Corpuscular Medio: 85.4
HB Corspuscular Media: 28.9
Concentración HB Corpucular Media: 33.8
Ancho Distribución Eritrocitaria: 14.4
Recuento de Plaquetas: 377
Volumen Plaquetario Medio: 10.1
Ancho de Distribución Plaquetas: 16.1
Plaquetocrito: 0.37

Resultado De: TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]

FECHA: 04/08/2025 17:05:00
PERSONAL:
Tiempo de Protrombina: 9.4
Media Poblacional TP: 10.85
INR: 0.85
Resultado analizados en el dispositivo medico:
STA-Satelite de la casa Stago:
Observaciones::
Resultado De: TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]

FECHA: 04/08/2025 17:10:00
PERSONAL:
TPT. 25.6
Media Poblacional TPT: 29.5

IONOGRAMA:
Sodio. 130
Potasio: 5.8
Cloro 95
Calcio: 8.7

Glucosa: En Ayunas: 395

-:

Resultado De: NITROGENO UREICO

FECHA: 04/08/2025 17:10:00
PERSONAL:
NITROGENO UREICO (BUN):
Metodo: Cinetico UV:
Resultado:: 26

EPICRISIS

Urea: 56
CREATININA:
Resultado:: 1.3

EKG CON RITMO SINUSAL
RX DE TORAX DENTRO DE LIMITES NORMAL.

DIAGNOSTICOS : PIE DIABETICO WARNER TIPO 4
DIABETES MELLITUS DESCONPENSADA EN HIPERGLICEMIA
HIPERTENSION ARTERIAL POR HC

ANALISIS: VALORO PTE MASCULINO CON DX ANOTADOS, QUIEN SE ENCUENTRA EN REGULARES CONDICIONES CLINICAS, CON MANIFESTACIONES DE DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, CON CAMBIOS DE COLORACION, CON SALIDA DE SECRECCION PURULENTA Y FETIDA POR PIE IZQUIERDO, CON REPORTE DE PARACLINICOS HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS A EXOPENSAS DE NEUTROFILOS, CON HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES, COAGULOGRAMA NORMAL, AZOADOS NORMALES, GLUCOSA CON TENDENCIA AL DESCENSO, POR LO QUE SE INDICA MANTENER IGUAL INDICACIONES Y SEG POR ORTOPEDIA SE LE EXPLICA CONDUCTA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, CONDUCTA.

PLAN: -HOSPITALIZAR EN AISLAMIENTO
-HP; SOL 0.9% A RAZON DE 62CC/H
-DIETA HIPOGLUCIDA
-CUIDADOS PROPIOS DE ENFERMERIA
-CLINDAMICINA AMP 600MG IV CADA 8 HORAS FI 04.08.25
-CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12 HORAS FI. 04.08.25
-DIPIRONA AMP 2 GR IV CADA 8 HORAS
-LOSARTAN TAB 50 MG IV CADA 12 HORAS
-INSULINA GLARGINA APLICAR 28UI SC A LAS 08: 00PM
-ESQUEMA MOVIL DE INSULINOTERAPIA SEGUN GLUCOMETRIA
-ACETAMINOFEN TAB 500MG CADA 6H VO
-LABORATORIOS;
- CURACIONES DIARIAS POR ENFERMERIA
-GLUCOMETRIA CADA 8 HORAS
-ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL Y VENOSO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO
-CSV-AVS

JUSTIFICACION DE ESTANCIA: PIE DIABETICO WARNER TIPO 4
DIABETES MELLITUS DESCONPENSADA EN HIPERGLICEMIA
HIPERTENSION ARTERIAL POR HC

EDELSON ALFONSO CARRILLO BRITO
Especialidad: MEDICINA INTERNA

Identificación: 1122808249
N° Registro: 1122808249

Consecutivo: 0100714586 Fecha de Atención: 08/08/2025 EVOLUCION HOSPITALIZACION

EVOLUCION SUBJETIVA : REFIERE QUE PASO REGULAR NOCHE, CON DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO.

EVOLUCION OBJETIVA : TA: 110/80MMHG FC: 72LPM FR. 18RPM GLUCOSA: 231MG/DL
CCC: NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS Y FOTORECATIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, OTOSCOPIA NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, NO SOPLO CAROTIDEO.
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, PULMONES CON MURMULLOS VESICULARES AUDIBLES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES

3798

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **57.430.119**
VANEGAS RAMIREZ
APELLIDOS
GERTRUDIS LAUDITH
NOMBRES

Gertrudis Vanegas
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-FEB-1962**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

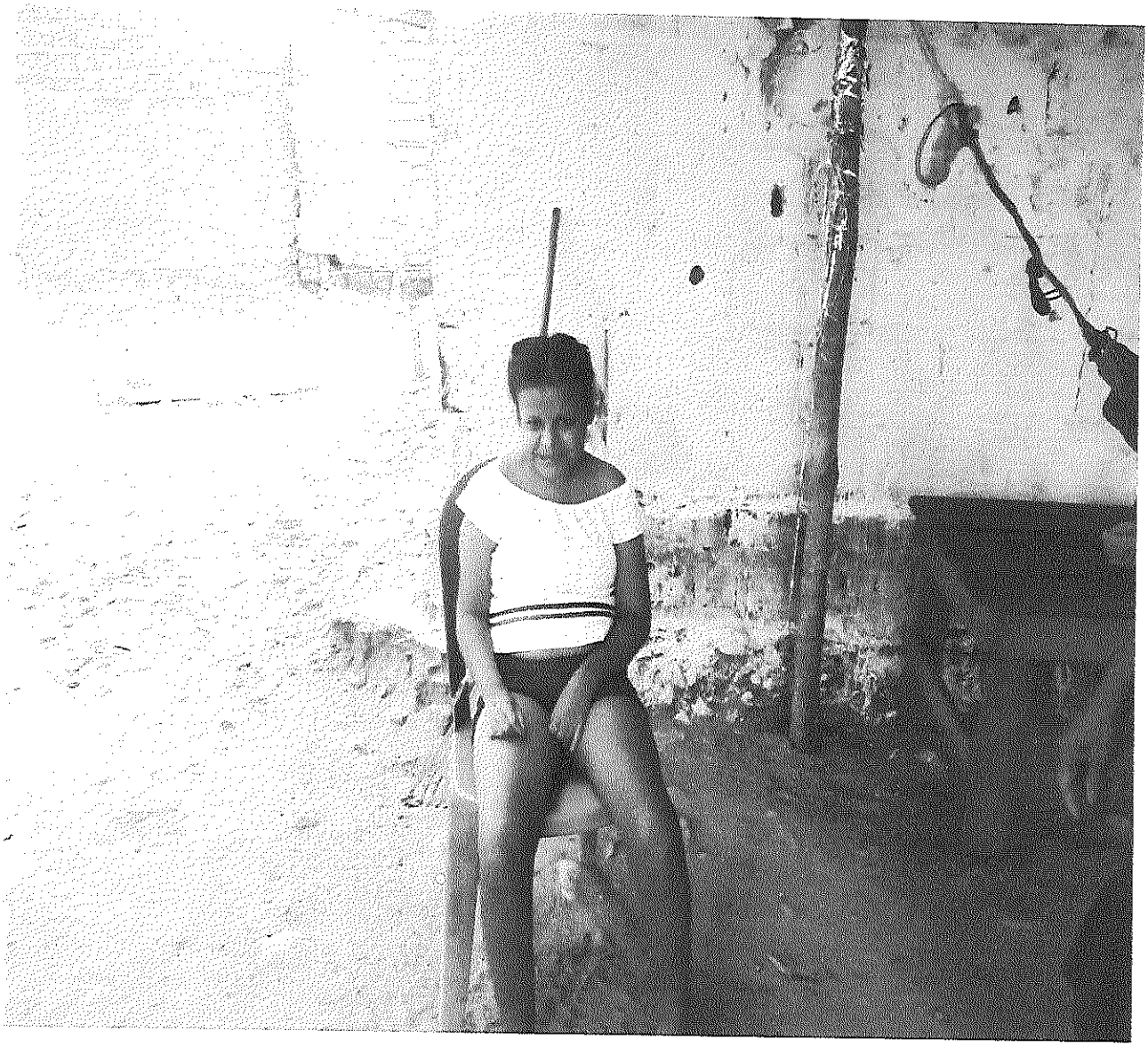
02-MAR-1989 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-4800100-00963078-F-0057430119-20171221 0058854888A 1 9902596035

3 800



FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Yuri Carmen Bello Hesino			CC	1123970089	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
18 Junio	Fonseca		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
22 años	Hombre		Nueva EPS	Autismo Regresivo	
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Autismo regresivo	SÍ	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:			
Barrio / Vereda		La Piedrecita	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO ✓ ¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ	NO ¿Cuál?
Género		Femenino ✓	
		Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Martha Ligia Hesino Jarrijos	CC	CE	PP	26969669
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3218792396				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.970.089

Apellidos
BRITO MESINO

Nombres
MARI CARMEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.44

Sexo
F

Fecha de nacimiento
18 JUN 2003

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
FONSECA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
20 ABR 2023. DIBULLA

Firma

NO FIRMA

Fecha de expiración
20 ABR 2033



CO

018964929

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL018944929848005<<<<<<<<<<
0306182F3304204COL1123970089<7
BRITO<MESINO<<MARI<CARMEN<<<<<

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
MARI	CARMEN	BRITO	MESINO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1123970089

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	4	18

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901010389

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	75.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	43.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b125.3 b126.4 b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.1 d920.2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123970089 **BRITO MESINO MARI CARMEN**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

CABEZA Y CUELLO
NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS
CARA, OJOS Y ORL
MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.
TÓRAX, CORAZÓN Y PUL
SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS
ABDÓMEN Y LUMBAR
NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO [illegible]LOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
SISTEMA GENITO-URINA
NO SE EXPLORA
EXTREMIDADES Y PELVI
SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES
SISTEMA NEUROLÓGICO
se evidencia retraso mental profundo con falta de interaccion con el entorno
PIEL
SIN LESIONES APARENTES
ESTADO MENTAL
se evidencia retraso mental profundo con falta de interaccion con el entorno
SISTEMA OSTEOMUSCULAR
NORMAL
EVOLUCIÓN O ANÁLISIS
sguiemineto de cudro d e retaso mental
CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO
se certifica que la paciente presenta antecedente de asfixia per[illegible]natal con compromiso el sistema nervioso central que curso con ep[illegible]ios convusivos y que evoluciona con retraso mental profundo

actualmente requiere la ayuda pemanente de los familiares
se remite ademas para valoracion integral por medicina interna
DIAGNÓSTICO
Documento de venta: 440900022701-ORDS-11200
Principal de consulta: [F788] OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO - Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [C728] LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL ENCEFALO Y OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación
Remitido a: MEDICINA INTERNA / CAJACOPI
Orden médica: 440900022701-OMED-10317, 24-Abr-2024
- ALBENDAZOL SUSPENSIÓN ORAL 100 MG / 5 ML (2%), SUSPENSIÓN ORAL, #2, ORAL, 1 Cada 7 días
- ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO CON Ó SIN SIMETICONA 100 ML, SUSPENSIÓN ORAL, #1, ORAL, 10 cc cada 8 horas
- VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) TABLETA Ó CÁPSULA 5000 U.I., TABLETA CON O SIN RE, #10, ORAL, 1 Cada 1 días

Orden médica: 440900022701-OMED-10319, 24-Abr-2024
- ACIDO FOLICO TABLETA 1 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días
- BETAMETASONA CREMA 0.1%, CREMA, #1, TOPICA, aplicar Cada 12 horas
- CLOTRIMAZOL CREMA 1%, CREMA, #1, TOPICA, aplicar Cada 12 horas

Documento de venta asociado
ORDS-11200
Subsidiado: CAJACOPI ((SUBSIDIADO))



PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÙS DE ÀVILA

NIT 825.001.037-1

Calle 6 Via a la Punta de los Remedios – TELS: 7200083 – FAX: 7200083 – MAIL: gerencia@esehospitalsantateresadibulla.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 8.7 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

440900022701 - ORDS - 11200

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. CC 1123970089

FECHA DE REMISION 24-Abr-2024 02:18 pm

NOMBRE DEL PACIENTE BRITO MESINO MARI CARMEN

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / CAJACOPI ((SUBSIDIADO))

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

EDAD	SEXO M	SEXO F
20 Años		X

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [44]

MUNICIPIO: DIBULLA [090]

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

CL 8 KR 6 NRO 8-40 DIBULLA (DIRECCION) | 3136516897 (TELEFONO) | Divino Niño (BARRIO / VEREDA)

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO | DIRECCION | TELEFONO | CIUDAD / BARRIO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

CAJACOPI (NOMBRE) | CCF055 (CODIGO) | [1 X] [2] [3] (NIVEL INST.) | MEDICINA INTERNA (SERVICIO A DONDE SE REMITE)

IMPRESION DIAGNOSTICA

OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO CODIGO: [TIPO DX: Confirmado repetido

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

valoracion por cuadro de lesion del sitema nrvioso central con compromiso cognitivo

INSTITUCIÓN QUE REMITE

440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MED- RODOLFO HERNANDEZ Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA : SI [1] NO [2] Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO :

CODIGO

NIVEL DIAG. 1 2 3

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2]

FECHA MUERTE Mes Día Año Hora — A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO: MD 1, QX 2, MD - QX 3

Dx Intervención Quirurgica:

CODIGO INTERVENCION

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA 1 2 3

INSTITUCION QUE RESPONDE

CODIGO INST.

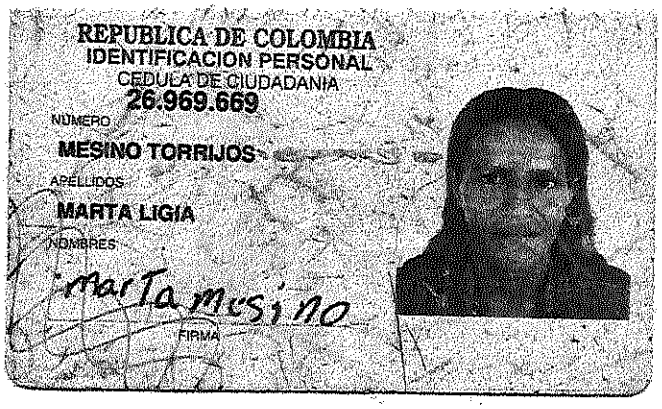
NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE

FIRMA

FECHA RESPUESTA Mes Día Año

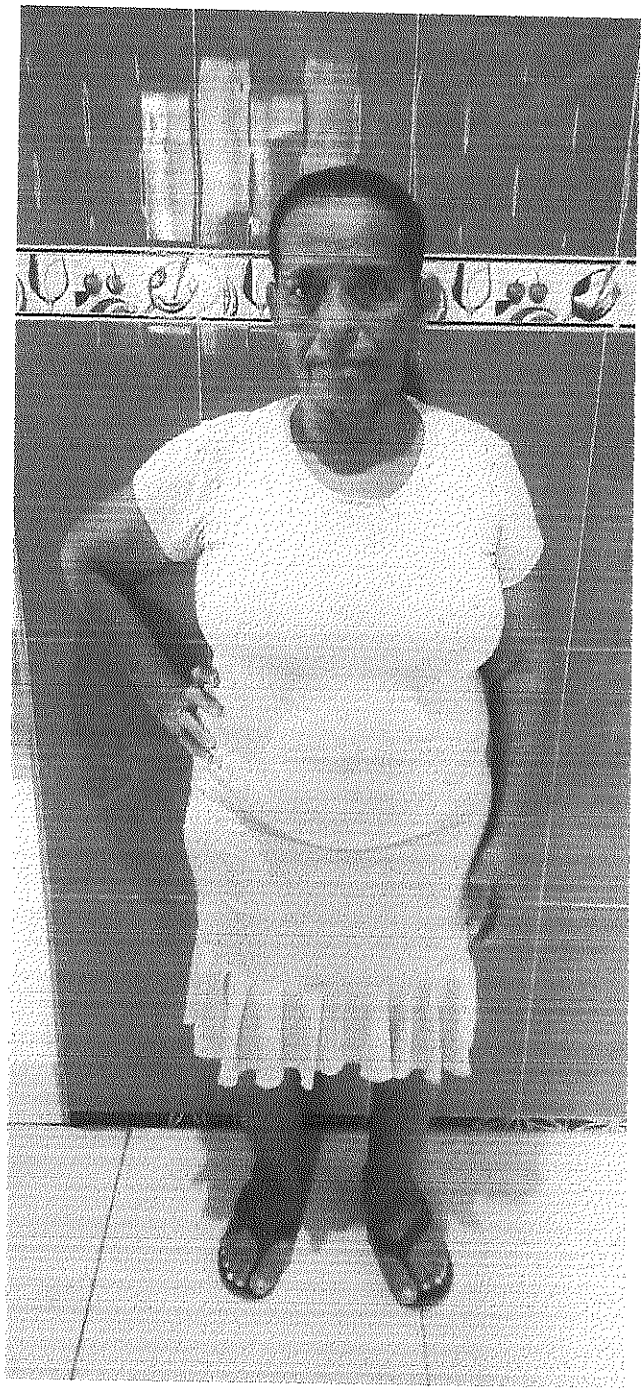
MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
26.969.669
NUMERO
MESINO TORRIJOS
APELLIDOS
MARTA LIGIA
NOMBRES
Marta Mesino
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1973
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
06-JUN-1997 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-4800800-68158951-F-0026969669-20070823 0277407235A 02 223203871



FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Maria D' la Cruz Acosta Ramirez			CC	26969795	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
06-01-1969	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
56	Hombre		Cajacopi	Gonortrosis no espesificado	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica.	SÍ —	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	
Dirección de vivienda:		Cll 8 #7-48	
Barrio / Vereda		El Perú	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO — ¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ	NO — ¿Cuál?
Género		**Femenino** —	
		Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Danilsa Elisabeth. Mendoza Acosta.	CC —	CE	PP	26970356
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Hija				Cll 8 #7-48 El perú
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3022769084 - 3147193763.				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
			Mañana
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

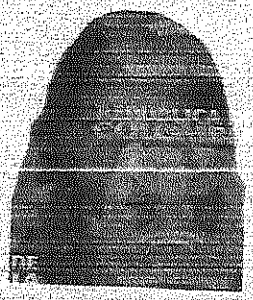
NUMERO 26.969.795
ACOSTA RAMIREZ

APELLIDOS
MARIA DE LA CRUZ

NOMBRES

mariaacosta

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1969
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

08-SEP-1998 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01258737-F-0026969795-20211004 0075730341A 1 8501981689

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	DE LA CRUZ	ACOSTA	RAMIREZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
LA GUAJIRA		DIBULLA	

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: 26969795

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	6	11

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901010389

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	70.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b770.3 b780.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s770.378

3. Codigos Actividades y Participación

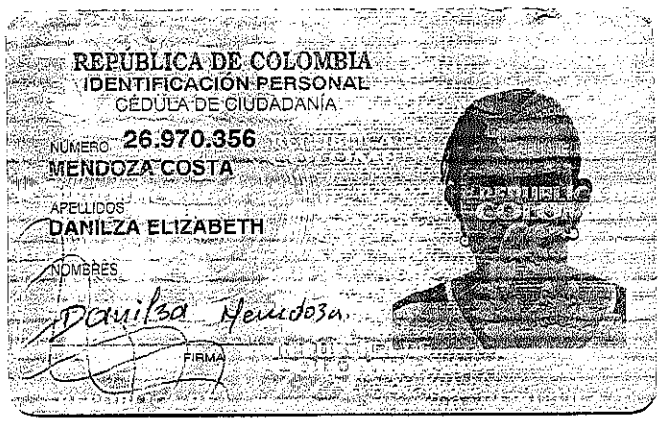
d570.1 d879.2 d920.3

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 26.970.356
MENDOZA COSTA

APELLIDOS
DANILZA ELIZABETH

NOMBRES
Danilza Mendoza.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1983
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

03-DIC-2001 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-4800500-00895654-F-0026970356-20170408 0054884677A 1 48771621

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Kirlenis Josefina Caballero			P.E.	36868.388	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
06 sep 1969	Santa Marta		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
56 años	Hombre		Caja Cop.	Trastornos afectivos bipolares	
	Mujer	✓			
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Problema mental			SÍ ✓	NO	SÍ / NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		Calle Kra 11 # 4-49	
Barrio / Vereda		Las Casitas	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ ✓	NO	¿Cuál? Desplazada
Género			Femenino ✓ / Masculino

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
José Antonio Muñoz Hurtado	CC	CE	PP	19446023
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Esposo	Esposo			
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3115970334				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.668.388
ZABALETA RAMIREZ

APELLIDOS
MIRLENIS JOSEFINA

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1969
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

18-FEB-1995 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00180264-F-0036668388-20090922 0016414419A 1 25511966

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
MIRLENIS	JOSEFINA	ZABALETA	RAMIREZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
LA GUAJIRA		DIBULLA	

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: 36668388

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	12	29

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
901010389

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	70.83
Movilidad	15.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b122.2 b125.3 b126.4
2. Codigos Estructuras Corporales
s199.378
3. Codigos Actividades y Participación
d570.3 d879.3 d920.3

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

El certificado de discapacidad no se empleara 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.

...TRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LTDA

NIT 800198958-8
Calle 13 # 11-75 Tel : (5) 7280717
RIOHACHA-LA GUAJIRA

HABILITACIÓN 440010006502
ESTADO SOLICITADA

Firma a efecto

FORMULA MEDICA No.03-262632 - 5

LENIS JOSEFINA ZABALETA RAMIREZ — Identificación CC 36668398
Años — Emisión: 17/11/2023 19:2
ACOPI EPS S.A.S.
(318) OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES

MEDICAMENTO Y PRESCRIPCIÓN	CANTIDAD TOTAL		POS
PINA 5 MG TABLETA TABLETA MINISTRACIÓN 1/2 DIA - 1 NOCHE POR 30 (TREINTA) DÍAS VIA ORAL	30	TREINTA	SI
EPAM 2.5MG/ML GOTAS SOLUCION ORAL MINISTRACIÓN 1 POR DÍA POR EN LA NOCHE VIA ORAL	1	UNO	SI
VALPROICO 250 MG CAPSULA TABLETA DMINISTRACION 2 TAB CADA 12 HORAS POR 30 (TREINTA) DÍAS VIA ORAL	60	SESENTA	SI

Dr(a) AURA BONIVENTO PEREZ
MEDICINA GENERAL
Reg No 0270

PRESENTE FORMULA TIENE VIGENCIA DE (30) TREINTA DIAS HABILES A PARTIR DE SU EXPEDICION

...NOSTICA CEDES LTDA-LA GUAJIRA

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123970089 **BRITO MESINO MARI CARMEN**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Residencia: CL 8 KR 6 NRO 8-40 DIBULLA - Teléfono: 3136516897 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Divino Niño (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 24-Abr-2024 02:13 pm: 20 Años

Id: 19082

***

MOTIVO DE CONSULTA

valoracion cuadro d e retrdo mental

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente con antecedente de asfixia peri-natal con compromiso el sistema nervioso central que curso con episodios convusivos y que evoluciona con retrasopsicomor y comportamientos contendencias violentas

actualmente requiere la ayuda pemanente de los familiares

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Niega

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

Niega

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Partos vaginales: 0, Cesáreas: 0, Abortos: 0, Gravidez: --, Ectópicos: 0, Nacidos vivos: 0, Nacidos muertos: 0, Ultimo parto: --, Menarca: 12, Ciclo menstrual: 28, Duración del ciclo: 3, Menopausia: --, Inicio sexual: 0, Compañeros sexuales: 1, Embarazada: NO, Ultimo periodo: 1-Mar-2024, Edad gestacional: --, Fecha probable de parto: --, Colposcopias: NO, Leucorrea: NO, Historia de infertitidad: NO, Ultima citología: --, Resultado citología: --

Otras observaciones: Niega

HISTORIA REPRODUCTIVA

Aborto hab./infertilidad: NO Retención placentaria: NO Neonatos > 4000 grs.: NO Neonatos < 2500 grs.: NO

HTA en embarazo: NO Emb. múltiple/Cesárea: NO

Mortinato/Muerte neonat.: NO Parto prolongado/difícil: NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

Niega

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

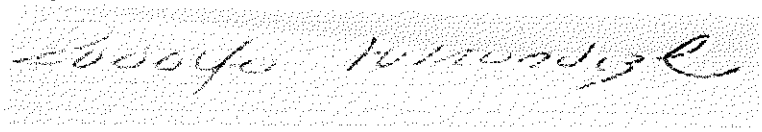
Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

Niega



PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

**Evolución del 24-Abr-2024 02:13 pm: 20 Años

Id: 27148

Fecha de grabación: 24-Abr-2024 02:21 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 38.0 Kgs., Talla: 144 cms., IMC: 18.33 Delgadez , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 100 / 60 (Optima / TA Media: 73), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CENTRO DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS LTDA

CLÍNICA CEDES

NIT: 800193989 8 – COD. HABILITACIÓN 440010000502
Calle 12 # 11 75, Teléfonos: (5) 7274572 7236180 7230717
Riohacha La Guajira

PREMIO AL MÉRITO EMPRESARIAL

EPICRISIS No: # 36668388

Nombre Paciente: MIRLENIS JOSEFINA ZABALETA RAMIREZ
Identificación: CC 36668388
Fecha nacimiento: 06/09/1969
Teléfono: 3116601706
Sexo: Femenino
Edad: 54 Años
Dirección: CALLE 20#12A-43

RESPONSABLE: CAJACOPI EPS S.A.S.H.C. URGENCIAS ENFERMEDAD GENERAL
17/11/2023 10:51:00 MARIA ELENA BERMUDEZ BERMUDEZ (MEDICINA GENERAL) -REG Nro: 1018479838

MOTIVO DE CONSULTA: ME HICIERON AGARRAR RABIA
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCION TRAIDA POR NIETA POR CRISIS DE ANSIEDAD, ASOCIADO REFIERE FAMILAIR QUE ESTA HABLANDO INCOHERENCIA, HOSPITALIZADA EN DOS OCASIONES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, NO REFIERE NINGUN AOTRA SINTOMATOLOGIA

REVISIÓN POR SISTEMA
SÍNTOMAS GENERALES:
SISTEMA RESPIRATORIO:
SISTEMA CARDIOVASCULAR:
SISTEMA DIGESTIVO:
SISTEMA GENITOURINARIO:
SISTEMA NEUROLOGICO:
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:
PIEL Y MUCOSAS:
ANTECEDENTES PERSONALES
MÉDICOS: ESQUIZOFRENIA?
QUIRÚRGICOS: RESECCION DE QUISTE DE SENO
ALERGIAS: NO REFIERE

ESTADO GENERAL AL INGRESO
MARCHA NORMAL:
SIGNOS VITALES
LLENADO CAPILAR:
ESCALA DEL DOLOR:
ESTADO DE CONCIENCIA:
SIGNOS DESDE TRIAGE: T.A. SISTOLICA:170 T.A. DIASTOLICA:106 T.A. MEDIA:127.00
T(°C): 36.5 FC: 93 FR: 22 Talla(cms): 158 Peso(Kg): 95 IMC: 38.05
Clasif: A - TRIAGE 2 SatO2(%): 97 Glasgow: 15
Atención Inicial: ESTA ALTERADA Y HABLANDO INCOHERENCIAS

EXAMEN FÍSICO
PIEL, MUCOSAS Y FANERAS:
CABEZA, CARA Y CUELLO:
TÓRAX:
ABDOMEN:
DORSO:
GENITALES:
EXTREMIDADES:
NEUROLÓGICO:

Secretaría De Salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
Fondo Rotario de Estupefacientes

No. 22- 003188

RECETARIO OFICIAL
PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

I. DATOS DEL PACIENTE: Ciudad: Riohacha Día 17 Mes 11 Año 2023

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Zabaleta	Pallares	Hirenis

Documento de Identidad No. 36668388 Edad: Sexo: M ☐ F ☐

Dirección Residencia Calle 20 #12A-43 Municipio Dibulla Teléfono 311 660 88

Afiliación a la S.G.S.S.S. Subsidio ☐ Contributivo ☐ PPNA ☐ Nombre de la Entidad:

ESTE RECETARIO SERÁ DEVUELTO SINO ESTÁ DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD. NO SE ACEPTAN 2 TIPOS DE LETRAS NI ENMENDADURAS.

II. MEDICAMENTO - NOMBRE GENÉRICO

	Concentración	Forma Farmacéutica	Vía de Administración	Tiempo TTO Días	Cantidad Prescrita En Números	Cantidad Prescrita En Letras
1. Clonazepam	2,5mg/ml	Sol	Oral	30	1	Uno
Dosificación 5 gotas cada noche.						
2.						
Dosificación						

DIAGNOSTICO: F31.9

III. DATOS DEL MÉDICO: GENERAL ☐ ESPECIALISTA ☐ ODONTÓLOGO ☐

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Perez	Cuello	Jose

C.C./T.E. 1.065.583.250 RETHUS No. 4482200 FIRMA

INSTITUCION DONDE LABORA Cedes Dibulla DIRECCIÓN Cra 13 #11-55 CIUDAD Dibulla CELULAR o TEL. FIJO 3015025054

IV. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (ESTE ESPACIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL SERVICIO O ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO)

Apellidos y Nombres de quien recibe.	No. de Identidad	Firma
Apellidos y Nombres de quien dispense	No. de Identidad	Firma

Medicamento Dispensado	Cantidad entregada Números	Cantidad entregada Letras	Fecha (dd/mm/aa)	Cantidad entregada Números	Cantidad entregada Letras	Fecha (dd/mm/aa)

Servicio o Establecimiento Farmacéutico	Dirección	Fecha de Despacho Día	Mes	Año

Original-Blanca: Establecimiento o Servicio Farmacéutico • **1ra. Copia-Azul:** Paciente • **2da. Copia-Amarilla:** Trámite Administrativo

"VIGENCIA 15 DIAS CALENDARIO"

Secretaría De Salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
Fondo Rotario de Estupefacientes

RECETARIO OFICIAL
PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

No. 22- 003188

I. DATOS DEL PACIENTE: Ciudad: Riohacha Día 17 Mes 11 Año 2023

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Zabaleta	Pavares	Hirlonis

Documento de Identidad No 36668358 Edad: Sexo: M ☐ F ☐

Dirección Residencia Calle 20 #12A-45 Municipio Dibulla Teléfono 311 660 [illegible]

Afiliación a la S.G.S.S.S. Subsidio ☐ Contributivo ☐ PPNA ☐ Nombre de la Entidad:

ESTE RECETARIO SERÁ DEVUELTO SINO ESTÁ DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD. NO SE ACEPTAN 2 TIPOS DE LETRAS NI ENMENDADURAS.

"VIGENCIA 15 DÍAS CALENDARIO"

II. MEDICAMENTO - NOMBRE GENÉRICO	Concentración	Forma Farmacéutica	Vía de Administración	Tiempo TTO Días	Cantidad Prescrita En Números	Cantidad Prescrita En Letras
1. Olanzapina	2,5mg/ml	gotas	Oral	30	1	Uno
Dosificación 5 gotas cada noche.						
2.						
Dosificación						

DIAGNOSTICO: F319

III. DATOS DEL MÉDICO: GENERAL ☐ ESPECIALISTA ☐ ODONTÓLOGO ☐

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Pérez	Ariza	Jesus

C.C./T.E 1.062.083.701 RETHUS No. 1478200 FIRMA

INSTITUCIÓN DONDE LABORA Cedes DIS DIRECCIÓN Calle 13 #11-55 CIUDAD Riohacha CELULAR O TEL. FIJO 5728

IV. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (ESTE ESPACIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL SERVICIO O ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO)

Apellidos y Nombres de quien recibe.	No. de Identidad	Firma
Apellidos y Nombres de quien dispense	**No. de Identidad**	**Firma**

Medicamento Dispensado	Cantidad entregada Números	Cantidad entregada Letras	Fecha (dd/mm/aa)	Cantidad entregada Números	Cantidad entregada Letras	Fecha (dd/mm/aa)

Servicio o Establecimiento Farmacéutico	Dirección	Fecha de Despacho Día	Mes	Año

Original-Blanca: Establecimiento o Servicio Farmacéutico • **1ra. Copia-Azul:** Paciente • **2da. Copia-Amarilla:** Trámite Administrativo

CENTRO DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS LTDA

CLÍNICA CEDES

NIT: 800193989 8 – COD. HABILITACIÓN 440010006502
Calle 13 # 11 75, Teléfonos (5) 7274572 7286186 7230717
Riohacha La Guajira

PREMIO AL MÉRITO

EPICRISIS No: # 36668388

Nombre Paciente: MIRLENIS JOSEFINA ZABALETA RAMIREZ
Identificación: CC 36668388
Fecha nacimiento: 06/09/1969
Teléfono: 3116601706
Sexo: Femenino
Edad: 54 Años
Dirección: CALLE 20#12A-43

RESPONSABLE: CAJACOPI EPS S.A.S.H.C. URGENCIAS ENFERMEDAD GENERAL
17/11/2023 10:51:00 MARIA ELENA BERMUDEZ BERMUDEZ (MEDICINA GENERAL) -REG Nro: 1018479838

MOTIVO DE CONSULTA: ME HICIERON AGARRAR RABIA

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCION TRAIDA POR NIETA POR CRISIS DE ANSIEDAD, ASOCIADO REFIERE FAMILAIR QUE ESTA HABLANDO INCOHERENCIA, HOSPITALIZADA EN DOS OCASIONES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, NO REFIERE NINGUN AOTRA SINTOMATOLOGIA

REVISIÓN POR SISTEMA
SÍNTOMAS GENERALES:
SISTEMA RESPIRATORIO:
SISTEMA CARDIOVASCULAR:
SISTEMA DIGESTIVO:
SISTEMA GENITOURINARIO:
SISTEMA NEUROLOGICO:
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:
PIEL Y MUCOSAS:
ANTECEDENTES PERSONALES
MÉDICOS: ESQUIZOFRENIA?
QUIRÚRGICOS: RESECCION DE QUISTE DE SENO
ALERGIAS: NO REFIERE

ESTADO GENERAL AL INGRESO
MARCHA NORMAL:
SIGNOS VITALES
LLENADO CAPILAR:
ESCALA DEL DOLOR:
ESTADO DE CONCIENCIA:
SIGNOS DESDE TRIAGE: T.A. SISTOLICA:170 T.A. DIASTOLICA:106 T.A. MEDIA:127.00
T(°C): 36.5 FC: 93 FR: 22 Talla(cms): 158 Peso(Kg): 95 IMC: 38.05
Clasif: A - TRIAGE 2 SatO2(%): 97 Glasgow: 15
Atención Inicial: ESTA ALTERADA Y HABLANDO INCOHERENCIAS

EXAMEN FÍSICO
PIEL, MUCOSAS Y FANERAS:
CABEZA, CARA Y CUELLO:
TÓRAX:
ABDOMEN:
DORSO:
GENITALES:
EXTREMIDADES:
NEUROLÓGICO:

CENTRO DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS LTDA

CLÍNICA CEDES

NIT: 800193989 8 – COD. HABILITACIÓN 440010000502

Calle 13 # 11 75, Teléfonos (5) 7274572 7286186 7230717

Riohacha La Guajira

PREMIO AL MÉRITO EMPRESARIAL

EPICRISIS No: # 36668388

Nombre Paciente: MIRLENIS JOSEFINA ZABALETA RAMIREZ
Identificación: CC 36668388
Fecha nacimiento: 06/09/1969
Teléfono: 3116601706
Sexo: Femenino
Edad: 54 Años
Dirección: CALLE 20#12A-43

RESPONSABLE: CAJACOPI EPS S.A.S.H.C. URGENCIAS ENFERMEDAD GENERAL
17/11/2023 10:51:00 MARIA ELENA BERMUDEZ BERMUDEZ (MEDICINA GENERAL) -REG Nro: 1018479838

MOTIVO DE CONSULTA: ME HICIERON AGARRAR RABIA
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCION TRAIDA POR NIETA POR CRISIS DE ANSIEDAD, ASOCIADO REFIERE FAMILAIR QUE ESTA HABLANDO INCOHERENCIA, HOSPITALIZADA EN DOS OCASIONES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, NO REFIERE NINGUN AOTRA SINTOMATOLOGIA

REVISIÓN POR SISTEMA
SÍNTOMAS GENERALES:
SISTEMA RESPIRATORIO:
SISTEMA CARDIOVASCULAR:
SISTEMA DIGESTIVO:
SISTEMA GENITOURINARIO:
SISTEMA NEUROLOGICO:
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:
PIEL Y MUCOSAS:
ANTECEDENTES PERSONALES
MÉDICOS: ESQUIZOFRENIA?
QUIRÚRGICOS: RESECCION DE QUISTE DE SENO
ALERGIAS: NO REFIERE

ESTADO GENERAL AL INGRESO
MARCHA NORMAL:
SIGNOS VITALES
LLENADO CAPILAR:
ESCALA DEL DOLOR:
ESTADO DE CONCIENCIA:
SIGNOS DESDE TRIAGE: T.A. SISTOLICA:170 T.A. DIASTOLICA:106 T.A. MEDIA:127.00
T(°C): 36.5 FC: 93 FR: 22 Talla(cms): 158 Peso(Kg): 95 IMC: 38.05
Clasif: A - TRIAGE 2 SatO2(%): 97 Glasgow: 15
Atención Inicial: ESTA ALTERADA Y HABLANDO INCOHERENCIAS

EXAMEN FÍSICO
PIEL, MUCOSAS Y FANERAS:
CABEZA, CARA Y CUELLO:
TÓRAX:
ABDOMEN:
DORSO:
GENITALES:
EXTREMIDADES:
NEUROLÓGICO:

CENTRO DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS LTDA
CLÍNICA CEDES
NIT: 800193989 8 - COD. HABILITACIÓN 440010000502
Calle 12 # 11 75, Teléfonos (0) 7274572 7286100 7280717
Riohacha La Guajira

PREMIO AL MÉRITO EMPRESARIAL

EPICRISIS No: # 36668388

Nombre Paciente: MIRLENIS JOSEFINA ZABALETA RAMIREZ
Identificación: CC 36668388
Fecha nacimiento: 06/09/1969
Teléfono: 3116601706
Sexo: Femenino
Edad: 54 Años
Dirección: CALLE 20#12A-43

DIAGNÓSTICO: COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL SE TIENE: (F318 OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES
COMO TIPO DE DIAGNOSTICO: 1 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
COMO FINALIDAD: 10 NO APLICA
COMO CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS:

()
()
()

CUESTIONARIO COVID:
¿APLICA CUESTIONARIO COVID?: NO **ANALISIS:** PACIENTE EN EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE, CON CIFRAS TENSIONALES CON TENDENCIA A LA HIPERTENSION SE CONSIDERA SECUNDARIO A ALTERACION SE DECIDE NUEVA TOMA EN 30 MINUTOS, SE SOLICITA VALORACION POR PSIQUIATRIA
PLAN TERAPÉUTICO: 17/11/2023 11:00:13 ORDENES MEDICAS
- CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad:(1)

EPICRISIS:

17/11/2023 18:44: CHERIS TORRES FREYLE (PSIQUIATRIA) REG Nro:44822007
ENFERMEDAD ACTUAL::
PACIENTE QUE INGRESAA URGENCIA POR ANSIEDAD TAQUIPSIQUIA LOGORREICA IRRITABILIDAD HOSTILIDAD , INSOMNIO DISMINUCION DE LA NECESIDAD DE DORMIR , ESTAREFERENCIAL CON EL MARIDO , CON IDEAS MEGALOMANIACAS , NO ESTA AGRESIVA PERO SE IRRIA , INCOHERENTE TOTALMENTE DISGREGADA , TIENE TAB SIN TRATAMIENTO FARAMCOLOGICO DESDE HACE AÑOS CON CRISIS QUERESUELVEN ESPONTANEAMENTE L FAMILIAR LA TRAE POR QUE SE TORNA AGRESIVA YA QUE HA TENIDO ESTOS EPISODIOS EN VARIAS OCASIONES POR LO QUESE VALORA
ANTECEDENTES::
ANTECEDENTES TAB SIN TRATAMIENTO , CON EPISODIOS DE DESCOMEPNSACION , ALERGIAS NIEGA TRAUMANIEGA , HOSPITALARIOS POR CRISIS MANICA CONS INTOMS PSICOTICOS, NO RECIBE MEDICACION DESDE HCE AÑOS , QX RESECCIONDE QUIETS DE MAMA Y OVARIO
HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO::
CONSCIENTE AFABLE COLABORA AL ABORDAJE , INGRESAPOR SUS PROPISO MEDIOS , HIEPRPROSEXICA , CON LOGORREA, PENSAMIENTO ILOGICO CON IDAES MEGALOMANIACAS Y DE REFERENCIALIDAD Y PERSECUCION , NIEGA IDEAS DE MUERTE, CON AFECTO EXPASIVO HACIA LA IRRITABILIDAD, CIN INSOMNIO POR DISMINUCION DE LA NECESIDAD DE DORMIR, CON AUMENTOD E LA ENERGIA Y ACTIVIDAD MOTORA , JUCIO Y RACICINIO VELADO POR SINTOMA SPSIQUIOS
ANALISIS Y DIAGNOSTICOS::
PACIENTE CON TARSTORNO BIPOLAR DESCOMPENSADA , CON SINTOAMS MANIACOS PEROS IN AGRESIVIDAD ES AFABLE Y COLABORADORAA L ABORDJE POR LO QUE SE INDICA MANEJO FARAMCOLOGICO PARA TRATAR LA INESTABILIDAD ANIMICA Y SINTOAMS PSICOTICOS, SE INDICA MANEJO FARMCOLOGICO EN CASA , SE EXPLICAA LA PACIENTE Y AL FAMILIAR LA NECESIDAD DE SER ADHERETE A LA EMDICACION , SE EXPLICAN DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIA SI NOS E CONTROLALOS SINTOMAS O EMPEORAN SE HACE
INTERVENCION EN CRSISI PARA MEJORAR SINTOMAS
IDX TRASTORNO BIPOLAR MANIACO CON CINTOAM SPSICOTICOS

PLAN
OLANZAPINA TABLETA 5 MG TOMAR MEDIA TAB CADA MAÑANA Y 1 TAB ACDA NOCHE
ACIDO VALPROICO TABLETA 500 MG CADA 12 HORAS
CLONAZEPAM GOTAS 2.5MG/ML TOMAR 5 GOTAS CADA NOCHE

...ca no lleva la firma y sello teniendo en cuenta el articulo 18 de la Resolución 1995 Julio 8 de 1999

CENTRO DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS LTDA
CLÍNICA CEDES
NIT: 800193989-8 – COD. HABILITACIÓN 440010000502
Calle 13 # 11 - 75. Teléfonos (5) 7274572 - 7285186 - 7230717
Riohacha - La Guajira

PREMIO AL MÉRITO EMPRESARIAL

EPICRISIS No: # 36668388

Nombre Paciente: MIRLENIS JOSEFINA ZABALETA RAMIREZ
Identificación: CC 36668388
Fecha nacimiento: 06/09/1969
Teléfono: 3116601706
Sexo: Femenino
Edad: 54 Años
Dirección: CALLE 20#12A-43

ALTA POR PSIQUIATRIA
CITA AMBULATORIA 1 SEMANA
PSICOTERAPIA POR PSIOLOGIA 6 SESIONES AL MES

H.C. SALIDA
17/11/2023 19:15:00 AURA BONIVENTO PEREZ (MEDICINA GENERAL) -REG Nro: 0270

OBSERVACIONES: .
MANEJO AMBULATORIO: .
DIAGNOSTICO EGRESO: DX EGRESO (F318) OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES
DIAS DE INCAPACIDAD 0
ESTADO DE SALIDA Vivo
DESTINO DE LA URGENCIA ALTA
DIAGNOSTICOS RELACIONADOS
()
()
()

RECOMENDACIONES PARA LA PERSONA CON AISLAMIENTO DOMICILIARIO
APLICA RECOMENDACIONES: NO

La Historia Clinica no lleva la firma y sello teniendo en cuenta el articulo 18 de la Resolución 1995 Julio 8 de 1999

CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LTDA

NIT 800191989-8
Calle 11 # 11-75 Tel (5) 7280711
RIOHACHA-LA GUAJIRA

HABILITACIÓN 4400100065
ESTADO DESPACHADA

SOLICITUD DE SERVICIOS No.03-262632 - 5

Paciente: MIRLENIS JOSEFINA ZABALETA RAMIREZ Identificación: 36
Edad: 54 AÑOS Emisión: 11/11/2023 19:
Entidad: CAJACOPI EPS S.A.S
Diagnostico: (F319) OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES

No.	PROCEDIMIENTO E INDICACIONES	CANTIDAD
1	(890284) -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1
2	(890208) -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	1

Dr(a) AURA BONIVENTO PEREZ
MEDICINA GENERAL
Reg No 0270

CENTRO DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS LTDA
CLÍNICA CEDES

NIT: 800193989 8 - COD. HABILITACIÓN 440010000502
Calle 10 # 11 - 75, Teléfonos: (5) 7274572 - 7283106 - 7283717
Riohacha - La Guajira

PREMIO AL MÉRITO EMPRESARIAL

EPICRISIS No: # 36668388

Nombre Paciente: MIRLENIS JOSEFINA ZABALETA RAMIREZ
Identificación: CC 36668388
Fecha nacimiento: 06/09/1969
Teléfono: 3116601706
Sexo: Femenino
Edad: 54 Años
Dirección: CALLE 20#12A-43

ALTA POR PSIQUIATRIA
CITA AMBULATORIA 1 SEMANA
PSICOTERAPIA POR PSIOLOGIA 6 SESIONES AL MES

M.C. SALIDA
17/11/2023 19:15:00 AURA BONIVENTO PEREZ (MEDICINA GENERAL) -REG Nro: 0270

OBSERVACIONES: .
MANEJO AMBULATORIO: .
DIAGNOSTICO EGRESO: DX EGRESO (F318) OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES
DIAS DE INCAPACIDAD 0
ESTADO DE SALIDA Vivo
DESTINO DE LA URGENCIA ALTA
DIAGNOSTICOS RELACIONADOS
()
()
()

RECOMENDACIONES PARA LA PERSONA CON AISLAMIENTO DOMICILIARIO
APLICA RECOMENDACIONES: NO

toria Clinica no lleva la firma y sello teniendo en cuenta el articulo 18 de la Resolución 1995 Julio 8 de 1999

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
12.446.023

NUMERO

MUÑOZ HURTADO

APELLIDOS

JOSE ANTONIO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





19-MAY-1954
FECHA DE NACIMIENTO

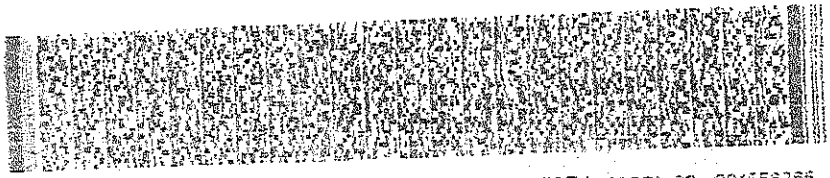
ARACATACA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 | O+ | M
ESTATURA | G.S. RH | SEXO

28-JUL-1977 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO



0359005600-66146436-M-0012446023-20060815 05374 0622BA 02 2045563B5

Falta - Firma.

- Foto.

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Mohameth David Mena Cuisman.			RC.	1029867522	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
28/09/2020			La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
5 Años	Hombre	—	Nueva EPS.	Autismo leve moderado 3.0.	DD/MM/AAAA
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Psicosocial (Mental)			SÍ —	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira		Dibulla	
Dirección de vivienda:		Cll 7 # 6-21			
Barrio / Vereda		El Perú			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género		Femenino			
		Masculino —			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Clara elina Cuisma Cogollo		CC	CE	PP	1082999048
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Mama	Mama				Cll 7 # 6-21 El Perú
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3016678235					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No.			Mañana
			Tarde
Institución pública	Institución privada		Jornada Completa

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1029867522

Indicativo Serial 61216233

61216233

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	A	F	Q'
X									

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - LA GUAJIRA - RIOHACHA RIOHACHA-CL CEDES * * * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENA * * * * * * * * * * * * * * * *	CUISMAN * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

MOHAMETH DAVID *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 28	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - LA GUAJIRA - RIOHACHA *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo:	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	16293663-7 * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CUISMAN COGOLLO CLARA HELENA *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1082999048 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MENA OROZCO RICARDO ENRIQUE *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 7600476 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENA OROZCO RICARDO ENRIQUE *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 7600476 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	Ricardo Mena

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * *

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes SEP Día 29	ILF[illegible]AGUEL CARRILLO PEREZ Nombre y firma

COPIA PARA EL USUARIO - SEGUNDA COPIA

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
MOHAMETH	DAVID	MENA	CUISMAN
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
LA GUAJIRA		DIBULLA	

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: 1029867522

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2024	6	20

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.3 b125.3 b130.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d133.4 d710.3 d815.4

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

Harker CENTRO PEDIATRICO

INFORME DE FONOAUDIOLOGÍA

1. DATOS GENERALES:

Nombre: MOHAMEH DAVI MENA CUISMAN
Edad: 2 Años y 10 meses
Fecha del Informe: Agosto 03 de 2023
Remitido por: Médico Pediatra
Motivo de Consulta: Retraso en el Desarrollo del Lenguaje

2. DESCRIPCION DE LA EVALUACIÓN INICIAL:

Menor de 2 años y 10 meses de edad que asiste a valoración de fonoaudiología en compañía de familiar (Mamá) actualmente viven en la Guajira, es remitido por Pediatra por presentar "Dificultad en su lenguaje, alteración en la conducta con déficit de atención, signos de aleteo en las manos, caminar en punta de pies" familiar refiere poca socialización con sus pares, dificultad en la alimentación de frutas, verduras y proteínas, presenta rechazo a las texturas de los alimentos. Su lenguaje expresivo es mediante señas, manifiesta lo que desea llevando su mano y señalando lo que desea o mediante el llanto.

Durante la valoración se observan los siguientes aspectos.

***Lenguaje Expresivo:** Se observan órganos fonoarticuladores (labios, lengua, carrillos, paladar y velo) normal en estructura y funcionalidad, leve hipotonía en carrillos, presenta escaso vocabulario para su edad caracterizado por sonidos repetitivos (Ecolalia) sin intención comunicativa, movimientos corporales en circulos, escaso contacto visual, llanto para satisfacer deseos y necesidades. Ante los sonidos onomatopeyicos no realiza imitación de estos, se interesa por objetos que produzcan sonidos o al canto de canciones infantiles.

***Lenguaje Comprensivo:** Dificultad en el seguimiento de ordenes sencillas como dame, toma, cambios de rutinas e indicaciones de guía para realizar alguna función presentando baja tolerancia a la frustración con llanto ocasional, dependiente del examinador para realizar las instrucciones dadas. No muestra interés ante el llamado por su nombre, no reconocimiento de esquema corporal y categorías semánticas primarias, permanencia de objeto por periodos cortos de tiempo.

Powered by CamScanner

3.OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:

*Estimular el contacto visual funcional
*Favorecer la expresión verbal mediante el juego.
*Aumento del vocabulario con imitación de sonidos y palabras.
*Uso funcional del lenguaje para satisfacer deseos y necesidades.
*Identificación y reconcomiendo de categorías semánticas.
*Seguimiento de ordenes e instrucciones sencillas siguiendo un patrón de guía.
*Interés por la socialización e interacción comunicativa con las personas de su entorno.
*Fortalecimiento de órganos fonoarticuladores para aumentar fuerza en musculatura oral (carrillos) favoreciendo su proceso de alimentación y de lenguaje.
*Generar espacios de independencia y autonomía con el fin de cumplir etapas de desarrollo acorde a su edad cronológica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

*Iniciar intervención terapéutica por Fonoaudiología y Terapia ocupacional con el fin de contribuir integralmente a su desarrollo cognitivo, comunicativo y social

*Motivar la expresión verbal mediante canciones y juegos que le impliquen expresarse verbalmente y movimiento corporal.

*Realizar juegos de roles con cambios constantes de rutinas y órdenes para lograr generar tolerancia a la frustración y permitir el autocontrol en las actividades.

*Usar palabras funcionales que le ayuden a estructurar las frases (dame, ten, pon toma, aquí, dale, otro, quita) todo mediante el juego o en actividades como el baño y la hora de la comida.

*Utiliza entonaciones exageradas, habla lento, acerca objetos que son de su interés a tu boca para que observe el movimiento que haces al nombrarlo.

Cordialmente,



Elizabeth Velandia Correa
Fonoaudióloga UDES
Reg. 02325

Escaneado con CamScanner

PERSONAL/ SOCIAL: Presenta dificultades para relacionarse con su entorno. Entre las áreas más retrasadas se encuentran la expresión de verbal, autoconcepto, colaboración y rol social. Se observa un comportamiento reactivo, voluntarioso y con reacciones irritables, su expresión corporal es acorde a su edad, aunque no coordina movimientos de los pies cuando se emociona con algo fácilmente.

ADAPTATIVA: Le cuesta trabajo seguir instrucciones, se muestra indiferente al inicio en un ambiente, se concentra en los estímulos de su interés, con bastante repetición sigue muy pocas de las instrucciones señaladas.

MOTORA: A nivel de motricidad gruesa presenta dificultad para controlar su cuerpo, con movimientos usuales para la edad, por otro lado, la motricidad fina se ve poco desarrollada no intenta hacer la pinza.

COMUNICACIÓN: Poco lenguaje, pocos sonidos balbuceantes, los padres especifican que pronuncia solo mamá, papá, pero se hace entender señalando o buscando a la madre para que le de lo que quiere.

COGNITIVA: Durante su desarrollo se ha notado gran deficiencia en el área del lenguaje, centra su atención en juegos específicos como celular de la madre o se dirige a estímulos a su alrededor.

EVAI: En la prueba EVAI arrojó según las actitudes identificadas del menor un puntaje de 3.0 puntos totales en la misma, lo que describe rasgos del Trastorno del Espectro Autista en un nivel leve o moderado.

I. **CONCLUSIONES:** Las áreas de interacción y comunicativas en Mohameth están por debajo de lo esperado para su edad y escolaridad, siendo compatibles con un Trastorno del Neurodesarrollo, los rasgos que se presentan en su perfil son similares a los del TEA, el inicio, curso, pero el contexto de la pandemia, la crianza sobreprotectora complaciente son indicios de que los rasgos autistas tratables, el contacto visual lo rehúye, pero tiene cierte grado de atención y escucha lo que le dicen.

IDX: RETRASO GLOBAL EN EL NEURODESARROLLO, RETRASO EN EL LEGUAJE PREDOMINIO DEL LENGUAJE FLUIDO.
AUTISMO LEVE

II. **RECOMENDACIONES:**

1. Iniciar un programa completo de habilitación en áreas del neurodesarrollo. Intensivo 1 hora diaria.
2. Terapias complementarias Fonoaudiología, terapia ocupacional.
3. Terapias educativas para padres.
4. Incrementar sus habilidades de interacción con adultos, incrementar su expresión de sentimientos de afecto.
5. Incrementar sus habilidades de interacción con compañeros.
6. Incrementar actividades de imitación con compañeros
7. Instruir en seguimiento de normas
8. Juegos representando papeles diferentes y expresando emociones.

Msc. Mangelli Caballero
Neuropsicologa Clínica
Directora de Ceneuro

Cra 33 No. 48-30
Tel: 315.671.38.91
Correo: ceneurocolombiano@gmail.com

INFORME NEUROPSICOLÓGICO

I. DATOS PERSONALES

Nombres:	Mohameth	**Apellidos:**	Mena Cuisman
Edad:	2 años y 9 meses	**Sexo:**	Masculino
F. nacimiento:	28/09/2020	**Lugar de nacimiento:**	Guajira
Procedente:	Guajira	**Nacionalidad:**	Colombia
Identificación:		**Escolaridad:**	Ninguna
Lateralidad:	Diestro	**Fechas de evaluación:**	1-08-2023
Ocupación:	Ocasional-Jardín	**Dirección:** Dibulla	
EPS:		**Institución Educativa:**	No refiere
Madre:	Clara Wisman	**Ocupación: No refiere**	
Teléfono/Celular:		**Correo:**	
Padre:		**Ocupación:**	
Teléfono/Celular:		**Correo:**	

II. MOTIVO DE CONSULTA

"Tiene ciertas características /TEA/ poco contacto visual."

III. ANTECEDENTES (médicos, quirúrgicos, hospitalizaciones...)

La información referente de la historia se obtuvo en la entrevista con la madre y/o el padre.

i. Exploración física:

Peso:	17 kg
Talla:	93 cm
Vista:	Normal
Audición:	Normal
Medicamentos:	Ninguno
Perímetro Cefálico	Normal

V. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Batelle

	Sub-Áreas Del Battelle	Puntuación Directa	Puntuación Centil (Tablas N-2 a N-52)	Puntuación Típica Z, T, CI, ECN	Edad equivalente en meses (Tablas N-53 a N-65)	Z T CI ECN										
	Interaccion con el adulto	15	1				x									
	Expresión de sentimientos /afecto	3	1													
	Autoconcepto	10	1				x									
	Interacción con los compañeros	7	1													
	Colaboración	6	1													
	Rol social	1	1													
	Total PERSONAL/SOCIAL	39			12MESES											
	Atención	12	1				x									
	Comida	15	1				x									
	Vestido	2	1					x								
	Responsabilidad personal	2	1													
	Aseo	0	1				x									
	TOTAL, ADAPTATIVA	31			12 MESES											
	Control muscular	18	1							x						
	Coordinación corporal	20	1							x						
	Locomoción	20	3							x						
	Puntuación Motora gruesa	58			31 MESES			x								
	Motricidad fina	16	3													
	Motricidad perceptiva	8	1													
	Puntuación Motora fina	24	3		20 MESES											
	TOTAL, MOTORA	39														
C	Receptiva	10	1		11 MESES											

| | | |

ii. Antecedentes familiares:

Tío con discapacidad intelectual y demencia. hipertensión abuela.

iii. Relaciones familiares:

Vive con los padres, hermana de 7 años.

Antecedentes de desarrollo:

Prenatales

Gestación	N°2
Embarazo	Deseado
¿Sufrió alguna enfermedad durante el embarazo?	Estrés y depresión
¿Estuvo expuesta a alguna sustancia tóxica durante el embarazo?	Ninguna
¿Tuvo complicaciones durante el embarazo?	No refiere
¿Cómo fue la alimentación durante el embarazo?	Buena

Complicaciones durante el embarazo:
COVID. amenaza de aborto a los tres meses.

Perinatales

Parto	Por cesaría
Culmina Gestación a las	38 semanas
Duración del parto	No Refiere
¿Al nacer. presentó cianosis?	No
¿Al nacer. presentó ictericia?	No
¿Hubo sufrimiento fetal?	No
Al nacer pesó	3.800 g
Al nacer. la talla fue de	No Refiere

Comentarios: Normal y activo

Postnatales

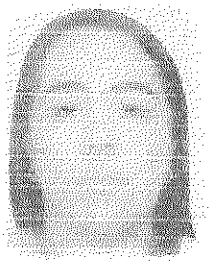
Alimentación	Materna
¿Tuvo vómito(s)?	No Refiere
¿Presentó succión pobre?	No Refiere

Comentarios (Alimentación):

La actividad del niño durante el primer año de vida fue	Normal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

1.002.999.048



CUISMAN COGOLLO

CLARA HELENA

COL

21 MAYO 1998 A+

SANTA MARTA MAGDALENA

29 MAYO 2016 SANTA MARTA

28 NOV 2054





I<COL0694350700210O1<<<<<<<<<<<
9505210F3411252COL1082999048<8
CUISMAN<COGOLLO<<CLARA<HELENA<

3. Bol



Dibulla - 3.802

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Monica Patricia Vanessas Valdeblanquez			CC	1123.405.831	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
26-11-1971	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
54 Años	Hombre		Cajacopi	Retraso Mental Moderado	
	Mujer	✓			
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Fisica, Visual, auditiva			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO				
Dirección de vivienda:					
Barrio / Vereda		bella Vista			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazamiento	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO ✓	¿Cuál?	
Género		Femenino ✓			
		Masculino			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Luis De Luque Pallares	CC ✓	CE	PP	17830259
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Pareja	Pareja.			B/ bella Vista.
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3233324				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No.		

3.803

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.405.831
VANEGAS VALDEBLANQUEZ
APELLIDOS
MONICA PATRICIA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1971
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

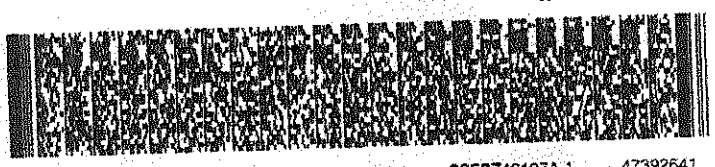
O+
G.S. RH

F
SEXO

31-ENE-2008 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-4800500-01051297-F-1123405831-20181218 0053743197A 1 47392641

3. 804

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MONICA	PATRICIA	VANEGAS	VALDEBLANQUEZ

1.5 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: 1123405831

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	10	15

2.3 Departamento
LA GUAJIRA

2.4 Municipio
DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	50.00
Movilidad	10.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	55.00
Participación	6.25
GLOBAL	23.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.2 b167.3 b2804.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.278 s399.278

3. Codigos Actividades y Participación

d175.2 d310.1 d640.3

3 Bes

[redacted]

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
SARA SILVIA PEREZ ILLIDGE	Medicina	CC-40926034
VANESSA GOLDA JOIRO HERNANDEZ	Fonoaudiología	CC-40984392

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *MONICA PATRICIA VANEGAS VALDEBLANQUEZ* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Luis Adolfo Delgado 17 830259

Nombre y Firma

Documento: CC-1123405831

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 perdido de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123405831 **VANEGAS VALDEBLANQUEZ MONICA PATRICIA** **M, 53 Años (26-Nov-1971)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

****Evolución del 4-Nov-2025 09:20 am: 53 Años**

Id: 263466

Fecha de grabación: 4-Nov-2025 09:29 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0°C, Peso: 52.0 Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 17.99 Delgadez , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

SE EVIDENCIA LIMITACION PARA LA PRONUNCIACION Y LA COMUNICACION

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

SE EVIDENCIA DEFICIT COGNTIVO PSICOSOCIAL E INTELETUA

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

SEGURMIMIENTO D CUADRO DE COMPROMISO COGNITIVO

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SE CERTIFICA QUE LA PACIENTE PRESENTA COMPROMISO CONGNITIVO CON RETRASO MENTAL Y LIMITACION PARA LA PRONUNCIACION Y LA COMUNICACION

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-124134
Principal de consulta: [F710] RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO - Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [F800] TRASTORNO ESPECIFICO DE LA PRONUNCIACION

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

No se hicieron Remisiones

Documento de venta asociado

ORDS-124134
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))
Servicio de ingreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 04.11.2025 08:42:20
Servicio de egreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]

PROFESIONAL: [1001] RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 840356
Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123405831 **VANEGAS VALDEBLANQUEZ MONICA PATRICIA** **M, 53 Años (26-Nov-1971)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Residencia: DIBULLA - URB BELLA VISTA - Teléfono: 3126783192 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Las casitas (Zona Urbana),

Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 4-Nov-2025 09:20 am: 53 Años

Id: 194043

***

MOTIVO DE CONSULTA

C[illegible]OAR

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE COMPROMISO COGNITIVO QUE CURSA DIFICULTAD PARA LA PRONUNCIACION Y LA COMOMUNICACION ACUDE PARA VALAORACION INTEGRAL

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

N[illegible]TIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Partos vaginales: --, Cesáreas: --, Abortos: --, Gravidez: --, Ectópicos: --, Nacidos vivos: 0, Nacidos muertos: 0, Ultimo parto: --, Menarca: 0, Ciclo menstrual: --, Duración del ciclo: --, Menopausia: --, Inicio sexual: 0, Compañeros sexuales: 1, Embarazada: NO, Ultimo periodo: --, Edad gestacional: --, Fecha probable de parto: --, Colposcopias: NO, Leucorrea: NO, Historia de infertitidad: NO, Ultima citología: --, Resultado citología: -- Otras observaciones: NEGATIVO

HISTORIA REPRODUCTIVA

Aborto hab./infertilidad: NO Retención placentaria: NO Neonatos > 4000 grs.: NO Neonatos < 2500 grs.: NO

HTA en embarazo: NO Emb. múltiple/Cesárea: NO Mortinato/Neonat.: NO Parto prolongado/difícil: NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 8403[illegible]
Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

3 808

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **17.830.259**
DE LUQUE PALLARES
APELLIDOS
LUIS ADOLFO
NOMBRES

Luis Adolfo
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ENE-1972**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

24-OCT-2001 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4800500-01048838-M-0017830259-20181205 0063393930A 1 47392677

5 001

Dibulla.

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Olvin Alberto Gomez Cuello			C.C	5-145.951	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
03 Sep 1979	Riohacha		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
46 años	Hombre	✓	Cruz Roja	Tumor en Cara	
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			**Certificado de Discapacidad**		**RLCPcD**
Física			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		**Departamento donde reside:**		**Ciudad / Municipio:**	
SÍ	NO	La Guajira		Dibulla	
Dirección de vivienda:		Calle Kra 11 #4-89			
Barrio / Vereda		Villa vista			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ —	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ -	NO	¿Cuál? Afro colombiano	
Género		Femenino / Masculino ✓			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Irma Vargas		CC	CE	PP	
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**				**Dirección**
Tia	Irma Vargas				
Teléfono fijo / Celular		**Correo electrónico**			
3216044 82					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

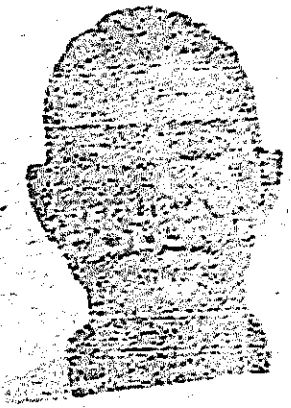
¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

3 609

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 5.145.951
GOMEZ CURVELO
APELLIDOS
OLKIN ALBERTO
NOMBRES

OLKIN GOMEZ
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1979
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-NOV-1997 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

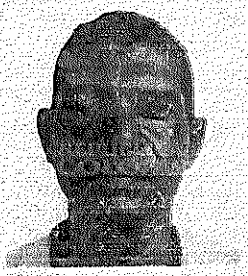
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01319342-M-0005145951-20220920 0085891263G 2 8505252830

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 5.145.951
GOMEZ CURVELO
APELLIDOS
OLKIN ALBERTO
NOMBRES

OLKIN GOMEZ
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1979
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-NOV-1997 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01319342-M-0005145951-20220920 0085891263G 2 8505252830

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
VANESSA GOLDA JOIRO HERNANDEZ	Fonoaudiología	CC-40984392

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *OLKIN ALBERTO GOMEZ CURVELO* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma Documento: CC-5145951

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

3 82

La salud es de todos | Ministerio

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
OLKIN	ALBERTO	GOMEZ	CURVELO

1.5 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: 5145951

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2022	5	18

2.3 Departamento
LA GUAJIRA

2.4 Municipio
DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	25.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	13.89
Participación	65.63
GLOBAL	29.92

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b765.3 b770.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.3 d4600.3 d4602.3

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 13 20 - 71 TELEFONO: 3114172501

Paciente	OLKIN ALBERTO GOMEZ CURVELO	**Tipo de Documento**	CC	**Identificacion**	CC 5145951
Fecha Nac	3/09/1979	**Edad**	46 años 1	**Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3216044382 3116247676		
Escolaridad	No definido	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	RURAL		
Direccion	DIBULLA				
Estado civil	Soltero(a)				
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO	**Régimen**	BENEFICIANTE		

HISTORIA CLÍNICA DE CONTROL MED. ESPECIALIZADA

No.: 8781016 **Edad del paciente:** 46 años 1 mes y 14días **Fecha de la nota:** 17/10/2025 11:15:12 a. m.

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA

TENGO UNA MASA EN EL CUELLO Y ME VAN A OPERAR

ENFERMEDAD ACTUAL

SE TRATA DE PACIENTE QUE ACUDE POR PRESENTAR LESION EN PABELLON AURICULAR, VALORADO POR EL SERVICIO DE CX DE CABEZA DE CUELLO, POR LO QUER INDICAN REALIZAR PROCEDIMIENTO QX, CON REPORTE DE LAB DENTRO DE LOS LIMITES DE NORMALIDAD, CON RIESGOQUIRURGICO BAJAO, ASA II.

Examen Físico

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
110

TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA
78

CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A
Optima

PESO (kg)
60

TALLA (Cms)
170

I.M.C
20,76

Clasificación antropométrica (IMC)
Peso normal

F. CARDÍACA (Lat*Min)
85

TEMPERATURA. (°C)
37

F. RESPIRATORIA (Res/Min)
20

CABEZA
NORMOCEFALO, CON TUMORACION EN BASE DE PABELLON AURICULAR

OJOS
NORMAL

OTORRINO
NORMAL

CUELLO
SIMSTRICO

CARDIOPULMONAR
NORMAL

ABDOMEN
BLANDO POCO DOLOROSO

GENITOURINARIO
NORMAL

EXTREMIDADES
SIMSTRICO

S.N.C CONCIENTE

OTROS HALLAZGOS NO

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA TUMORACION EN CARA

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

3.814

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 13 20 - 71 TELEFONO: 3114172501

Paciente	OLKIN ALBERTO GOMEZ CURVELO	**Tipo de Documento**	CC	**Identificacion**	CC 5145951
Fecha Nac	3/09/1979	**Edad**	46 años 1	**Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3216044382 3116247676		
Escolaridad	No definido	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	RURAL		
Direccion	DIBULLA				
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	BENEFICIANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

ORDEN DE SERVICIO

No.: 8780995 **Edad del paciente:** 46 años 1 mes y 14días **Fecha de la nota:** 17/10/2025 11:13:25 a. m.

DESCRIPCIÓN

ORDEN DE SERVICIO 890366 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

DESCRIPCION .

ORDEN DE SERVICIO 881601 ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS

DESCRIPCION .

Dx Ppal.: D210 TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CUNJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DE

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

Antonio Araque Garcia MEDICO INTE C.C. 77.035.170

ANTONIO AUGUSTO ARAQUE GARCIA

RM 77035170

MEDICINA INTERNA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

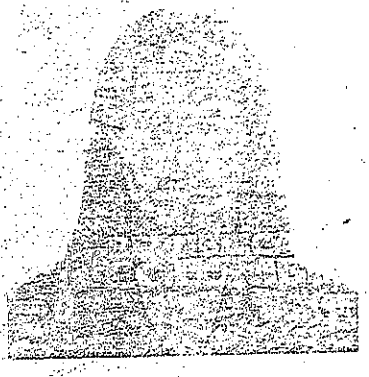
NUMERO 26.969.584

DAZA RODRIGUEZ

APELLIDOS

IRMA SIDELVINA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 11-ENE-1957

DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

B+
G.S. RH

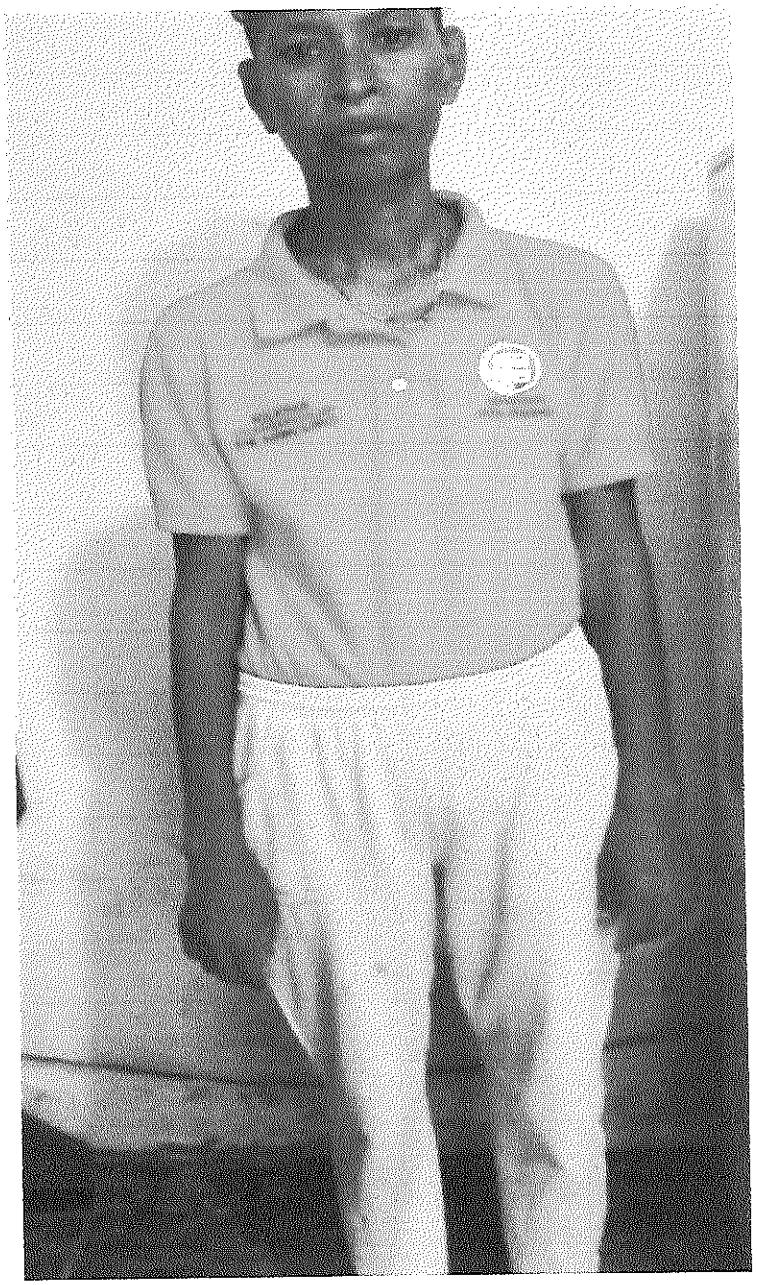
F
SEXO

14-DIC-1987 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00190963-F-0026969584-20091027 0017496500A 2 25511691



3.487

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Omaira Ocia Viloria			CC	1123405027	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
02/02/1989			La Guajira	Dibulla	Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
36 Años	Hombre		Cajacopi	Problemas relacionados por falta de alimentos adecuados.	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Intelectual, mental, Multiple.	SÍ –	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla.
Dirección de vivienda:		*Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento* Kra 11 4-58 piso 1	
Barrio / Vereda		Bella vista	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO	¿Cuál?
Género		Femenino	
		Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
José Perez Caballero.	CC ✓	CE	PP	85380124
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Esposo.	Esposo.			Kra 11 4-58 piso 1
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3205322973-3233064177				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

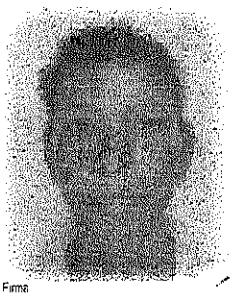
3.90

Dibulla.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.405.027



Apellidos
OSIA VILORIA

Nombres
OMAIRA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.63	F

Fecha de nacimiento
02 FEB 1989

G.S
O+

Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
09 MAR 2007, DIBULLA

Fecha de expiración
24 OCT 2034

Firma

NO FIRMA

3 89

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
OMAIRA		OSIA	VILORIA

1.5 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: 1123405027

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
FUNDACION REINTEGRAR RV	2021	10	15

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	RIOHACHA

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	Porcentaje
Cognición	62.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	45.00
Participación	50.00
GLOBAL	36.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b114.2 b122.3 b139.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378 s199.378 s399.278

3. Codigos Actividades y Participación

d310.2 d879.2 d940.3

3.820

La salud es de todos | Ministerio

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
SARA SILVIA PEREZ ILLIDGE	Medicina	CC-40926034
VANESSA GOLDA JOIRO HERNANDEZ	Fonoaudiología	CC-40984392

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *OMAIRA OSIA VILORIA* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma Documento: CC-1123405027

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123405027 **OSIA VILORIA OMAIRA** **M, 36 Años (2-Feb-1989)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: No asegurado Empresa: EQUIPOS_BASICOS ACTIVIDADES - Nivel: Nivel 1 Número de afiliación:
Facturacion con cargo a: Regimen: No asegurado Empresa: EQUIPOS_BASICOS ACTIVIDADES Nivel: Nivel 1
Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Etnia: Blanco,Residencia: DIBULLA - Teléfono: 0000000000, Barrio: -BARRIO SIN DATO (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA
En caso de urgencia avisar a: OSIA (PADRE) - Dirección: DIBULLA - Teléfono: 0000000000

Apertura HISTORIA DE PSICOLOGIA del 4-Oct-2025 09:07 pm: 36 Años
Id: 175731

***

MOTIVO DE CONSULTA

RU... ADULTEZ. PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD, RECIBE VALORACION POR PSICOLOGIA POR MEDIO DE LOS EQUIPOS EXTRAMURALES DEL HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA CON EL OBJETIVO DE PROMOVER, APOYAR Y ORIENTAR SU BIENESTAR FISICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL.

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

NIEGA

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NIEGA

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NIEGA

NIEGA ANTECEDENTES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

ANTECEDENTES FAMILIARES

NIEGA

NIEGA ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL.

HÁBITOS

NIEGA

**** Cuestonario para Historia de Psicologia ****

FAMILIA

Nucleo Familiar: FAMILIA NUCLEAR.

Tipo de Relacion con la Familia: LA PACIENTE REFIERE TENER BUENA RELACION CON CADA INTEGRANTE DE SU FAMILIA.

ENTORNO SOCIAL

Amigos: DE MUY POCAS AMISTADES.

Instituciones Educativas: NO REFIERE.

Instituciones Religiosas: NO REFIERE.

Trabajo: AMA DE CASA-

PERDIDAS Y DUELOS

Perdida Significativa: NO REFIERE.

Duelo: NO REFIERE.

EXAMEN FISICO

PORTE:

Limpio: Si

Ordenado: Si

Extravagante: No

CONCIENCIA:

Obnulacion: No

Confuso: No

Delirios: No

Estados Oniricos y de Fuga: No

ACTITUD

Coopera: Si

Franco: Si

Abierto: Si

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 1123405027 **OSIA VILORIA OMAIRA** **M, 36 Años (2-Feb-1989)**

Facturacion con cargo a: Regimen: No asegurado Empresa: EQUIPOS_BASICOS ACTIVIDADES Nivel: Nivel 1

Temeroso: No

Hostil: No

Reticente: No

PENSAMIENTO / TRASTORNO DEL CONTENIDO

Ideas hipocondriacas: No

Ideas sobrevaloradas: No

Ideas prevalentes: No

Ideas obsesivas: No

Ideas fobicas: No

Ideas delirantes: No

JUICIO Y RACIOCINIO

Juicio Debilitado: No

Juicio Desviado: No

Juicio deficiente: No

Juicio suspendido: No

RECUERDOS Y RELACIONES

Recuerdos de la Infancia: NO REFIERE.

Relaciones con parejas: REFIERE TENER BUENA RELACION CON SU PAREJA SENTIMENTAL.

ORIENTACION

Desorientacion auto psiquica: No

Desorientacion alopsiquica: No

Desorientacion global: No

TRASTORNO DEL CURSO

Bloqueo: No

Pensamiento disgresado: No

Fuga de ideas: No

Bradipsiquia: No

Taquipsiquia: No

Retardo: No

Prolijidad: No

Oerseverancia: No

TRASTORNO CUANTITATIVO

Euforias: No

Jubilos: No

Exaltacion: No

Extasis: No

Hipomania: No

Mania: No

Apatia: No

Miedo: No

Ansiedad: No

Panico: No

Depresion: No

TRASTORNOS CUALITATIVOS

Tenacidad: No

Labilidad: No

Incontinencia: No

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123405027 **OSIA VILORIA OMAIRA** **M, 36 Años (2-Feb-1989)**

Facturacion con cargo a: Regimen: No asegurado Empresa: EQUIPOS_BASICOS ACTIVIDADES Nivel: Nivel 1

Ambivalencia: No

Perplejidad: No

Amhedomia: No

Disociacion ideoafectiva: No

Dispersonalizacion: No

Afecto inapropiado: No

Afecto insuficiente: No

Catatimia: No

CONDUCTA MOTORA

ALTERACI. CUANTITATIVAS:

Abulia: No

Hipobulia: No

Hiperbulia: No

Sueños: No

ALTERACI. CUALITATIVAS:

Impulsos: No

Compulsiones: No

Apraxia: No

TRASTORNOS

TRASTORNOS CUANTITATIVOS:

Imsomnio: No

Somnolencia: No

Narcolepsia: No

ALTERACIONES CUALITATIVAS:

Sonambulismo: No

Terrores Nocturnos: No

Enuresis: No

PROFESIONAL: --
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

****Evolución del 4-Oct-2025 09:07 pm: 36 Años**
Id: 242544

Fecha de grabación: 4-Oct-2025 09:

ESTADO MENTAL

ATENCION: SIN ALTERACIONES.
MEMORIA: SIN ALTERACIONES.
CURSO DEL PENSAMIENTO: SIN ALTERACIONESL.
LENGUAJE: SIN ALTERACIONES.
ORIENTACION: LA PACIENTE SE ENCUENTRA ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EXAMEN MENTAL

PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD. RECIBE VALORACION POR PSICOLOGIA. RECIBE VALORACION EN LA COMODIDA DE SU CASA. SIN ALTERACIONES A NIVEL FISICO. TIENE LA CAPACIDAD DE IDENTIFICARSE SI MISMA, SE ORIENTA EN EL TIEMPO, RESPECTO AL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA. SE MUESTRA TIMIDA AL INICIO DE LA VALORACION Y RESPONDE POCO A LAS PREGUNTAS REALIZADA, DESPUES DE UNRATO ENTRA EN CONFIANZA, EMPIEZA A DAR RESPUESTA A LAS PREGUNTAS FORMULADAS. TIENE LA CAPACIDAD PARA USAR Y ORDENAR ADECUADAMENTE LAS PALABRAS PARA EXPRESAR PENSAMIENTOS E IDEAS ES CAPAZ DE MANTENER LA ATENCION. SU ACTITUD ES COLABORADORA DURANTE LA VALORACION SU MIRADA SE DESVIA HACIA EL SUELO DURANTE REPETIDAS OCASIONES CON SU EXPRESION FACIAL SONRISA DENOTADA VERGUENZA.

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123405027 **OSIA VILORIA OMAIRA** **M, 36 Años (2-Feb-1989)**

Facturacion con cargo a: Regimen: No asegurado Empresa: EQUIPOS_BASICOS ACTIVIDADES Nivel: Nivel 1

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SE LE REALIZO LA RESPECTIVA VALORACION A LA PACIENTE DONDE SE LE BRINDO HERAMIENTAS PARA EL ABORDAJE O LA EXPRESION EMOCIONAL Y FORTALECER LAS HERRAMIENTAS DE CUIDADO ESTABLECIENDO RUTINAS E IIMPLEMENTANDO PRACTICAS DE AUTOCUIDADO Y AUTOPROTECCION.

POR OTRO LADO, SE LE PSICOEDUCO SOBRE SOBRE PRACTICAS ALIMENTARIAS Y LOS BENEFICIOS FISICOS, PSICOLOGICAS Y SOCIALES DE LA ADECUADA ALIMENTACION, CON EL FIN DE APRENDER A IDENTIFICARLAS, COMPRENDER SU ETIOLOGIA Y SABER COMO MANEJARLAS. EL OBJETIVO ES ADQUIRIR LAS HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE Y QUE SE FORTALEZCAN LOS HABITOS DE CUIDADO ESTABLECIENDO RUTINAS E IMPLEMENTANDO PRACTICAS DE AUTOCUIDADO. TAMBIEN SE LE PSICOEDUCO SOBRE SALUD MENTAL CON EL FIN DE ADQUIRIR CONOCIMIENTOS HERRAMIENTAS QUE FOEMNTEN HABILIDADES SOCIALES Y ADAPTATIVAS, CONDUCTAS PSICOSOCIALES Y REGULACION EMOCIONAL PROPICIANDO UN BIENESTAR INTEGRAL.

****FECHA PROXIMA CITA****

Fecha próxima cita

Fecha próxima Cita: DENTRO DE 3 MESES.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-110923
Principal de consulta: [Z594] PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE ALIMENTOS ADECUADOS - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 1406 RUTA DE ADULTEZ 29 A 59 AÑOS (PYM)
En internación

No se hicieron Remisiones

Documento de venta asociado

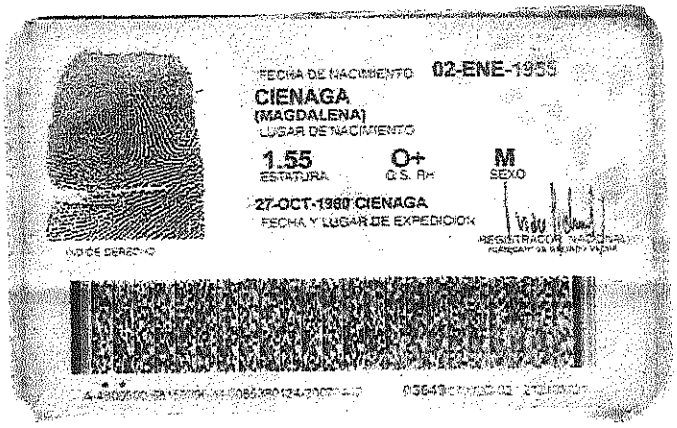
ORDS-110923
No asegurado: EQUIPOS_BASICOS ACTIVIDADES
Servicio de ingreso: [371 Otras Consultas Generales] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 22.09.2025 15:52:58
Servicio de egreso: [371 Otras Consultas Generales] [Consulta externa]

PROFESIONAL: [8223] VANESSA LILIANA PLATA REDONDO - Identificación: CC 1006888135 - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

5'825



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
85.380.124
NUMERO
PEREZ CABALLERO
APELLIDOS
JOSE RAFAEL
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 02-ENE-1955
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
27-OCT-1980 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Osvaldo Antonio polo Alvarez			C.C.	85.454.205	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
12 Junio 1965	Riohacha		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
59 años	Hombre	✓	N.E.P.S	Secuelas de poliomielitis	
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Física			SÍ ✓	NO	SÍ NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira		Dibulla	
Dirección de vivienda:		Calle 4ta			
Barrio / Vereda		La Aurora			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO ✓	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género		Femenino			
		Masculino ✓			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Rita Josefa Alvarez		CC	CE	PP	26969276
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Madre	Rita Alvarez				Calle 4 Cra 4 #4-38
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3104508998					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

3 828

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **85.454.205**

POLO ALMAZO

APELLIDOS

OSVALD ANTONIO

NOMBRES

Osvald Polo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1965

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-MAR-1987 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01319342-M-0085454205-20220920 0085893830G 2 8505228378

3. 829

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
OSVALD	ANTONIO	POLO	ALMAZO

1.5 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: 85454205

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
FUNDACION REINTEGRAR RV	2021	8	5

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	36.11
Participación	31.25
GLOBAL	19.56

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b730.2 b770.3 b798.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.272 s770.272 s799.272

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.2 d4602.2 d879.2

3.830

la salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
ELIBETH CAROLINA VALENCIA MEZA	Terapia ocupacional	CC-1124361343
CAROLINA GOMEZ COTES	Fisioterapia	CC-40847752
SARA SILVIA PEREZ ILLIDGE	Medicina	CC-40926034

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *OSVALD ANTONIO POLO ALMAZO* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Osvald Polo A.

Nombre y Firma Documento: CC-85454205

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez.

E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA
ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

Miércoles, 5-Nov-...

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 85454205 **POLO ALMAZO OSVALD ANTONIO** **H, 60 Años (12-Jun-1965)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS SA - Nivel: Nivel 1 Número de afiliación:
Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS SA Nivel: Nivel 1
Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Residencia: CALLE 4 N 4-33 DIBULLA - Teléfono: 3104503890 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Peru (Zona Urbana), Comuna:
COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA
En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 5-Nov-2025 09:31 am: 60 Años
Id: 194267

***

MOTIVO DE CONSULTA

VALOARCION

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POLIOMIELITIS INFANTIL QUE CURSA CON COMPROMISO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO QUE EVOLCIONA CON ATROFIA PERDIDA DEL A FUERSA Y LIMITACION PARA LA DEABULACION

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NO REFIERE

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NO REFIERE

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 840...
Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

****Evolución del 5-Nov-2025 09:31 am: 60 Años**
Id: 263820

Fecha de grabación: 5-Nov-2025 09:...

E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: -
DIBULLA, LA GUAJIRA

Miércoles, 5-Nov-2025

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 85454205 **POLO ALMAZO OSVALD ANTONIO** **H, 60 Años (12-Jun-1965)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS SA Nivel: Nivel 1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 17, Temperatura: 36.0°C, Peso: 57.0 Kgs., Talla: 160 cms., IMC: 22.27 Peso Normal , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: 63.33 mL/min (Valor creatinina=1.00 mg/dL --> Clasificación: ESTADIO 2), Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXT[illegible]IDADES Y PELVI

PRESENTA ATROFIA DE MIEMBROP INFERIOR IZQUIERDO CON EVIDENTE PERDIDA DE LA FUERSA Y LIMITACION PARA LA MOVILIDAD

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

SEGU9MEINTO D E C UARO DE ATROFIA DE MIEMBROI INFERIOR

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SE CERTIFICA QUE EL PACIENTE PRESENTA ANTECEDENTE DE POLIOMIELITIS INFANTIL QUE CURSA CON COMPROMISO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ACTUALMNTE CON ATROFIA PERDIDA DEL A FUERSA Y LIMITACION PARA LA DEABULACION

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-124518
Principal de consulta: [B91X] SECUELAS DE POLIOMIELITIS - Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [Z736] PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

No se hicieron Remisiones

Orden médica: 440900022701-OMED-103127, 5-Nov-2025

- TRAMADOL GOTAS 100 ML / ML, #1, ORAL, 8 GOTAS CADA HORAS

- METOCARBAMOL TABLETA 750 MG, TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 8 horas

- TIAMINA TABLETA Ó CÁPSULA 300 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días

Documento de venta asociado

ORDS-124518
Subsidiado: NUEVA EPS SA
Servicio de ingreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 05.11.2025 08:24:02
Servicio de egreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]

PROFESIONAL: [1001] RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 8403[illegible]
Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

Miércoles, 5 Nov...

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 85454205 **POLO ALMAZO OSVALD ANTONIO** **H, 60 Años (12-Jun-1965)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS SA Nivel: Nivel 1

DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

3 834

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **26.969.276**

ALMAZO De POLO

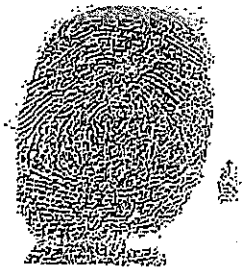
APELLIDOS

RITA JOSEFA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-OCT-1938**

DIBULLA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-DIC-1961 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-4800500-00925534-F-0026969276-20170725 0056600652A 1 47889278

3. 835

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Rita Bienvenida Iguaran Brito			C. C.	26909 09	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
28 Mayo 1946	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
79	Hombre		Caja Copi	Artrosis	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
			SÍ X	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ X	NO	La Guajira		Dibulla	
Dirección de vivienda:		Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento			
Barrio / Vereda		El Paraíso			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género		Femenino			
		Masculino			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Carmela Iguaran Vanegas	CC	CE	PP	26969682
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Sobrina	cuidador			Calle 6 # 7-44
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3229409415				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

3 836

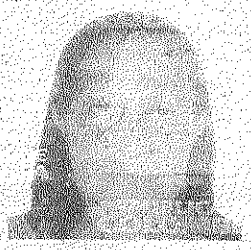
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.360.909
DE LUQUE BRITO

APELLIDOS
RITA BIENVENIDA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1946
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

17-DIC-1967 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800500-00208241-F-0026560909-20100108 0019786228A 1 25617093

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
RITA	BIENVENIDA	DE LUQUE	BRITO

1.5 Departamento de Residencia
LA GUAJIRA

1.6 Municipio de Residencia
DIBULLA

1.7 Documento de Identidad

Cédula de Extranjería	Pasaporte	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Permiso	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 26930969

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS Donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	6	25

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
M

2.4 No. ID Entidad Valoradora
901010388

c. CATEGORÍA 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	80.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b420.3 b729.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s770.376
3. Codigos Actividades y Participación
d570.1 d679.2 d920.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

5. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICEUS SABINO PAJARDO	Trabajador Social	CC-40330088

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.

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 26960909 **DE LUQUE BRITO RITA BIENVENIDA** **M, 79 Años (28-May-1946)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: DUSAKAWI - Nivel: Nivel 1 Número de afiliación:
Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: DUSAKAWI Nivel: Nivel 1
Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Residencia: CL 5 NRO 6-18 DIBULLA - Teléfono: 3004263334 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Peru (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA
En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 8-Oct-2025 07:02 am: 79 Años
Id: 178359

***

MOTIVO DE CONSULTA

valo[illegible]on

ENFERMEDAD ACTUAL

pacinte c on antecdentede quiste renal e huiperlipidemia quien refiere rininits ecunte y lesion ungeaoles de larga data

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

HIPERTENSION ARTERIAL
GASTRITIS CRONICA
RIÑONES QUISTICOS
ARRITMIA CARDIACA
ARTROSIS

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

HISTERECTOMIA TOTAL

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NIEGA

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NIEGA

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

ANTIHIPERTENSIVOS

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Partos vaginales: --, Cesáreas: --, Abortos: --, Gravidez: --, Ectópicos: --, Nacidos vivos: 0, Nacidos muertos: 0, Ultimo parto: --, Menarca: 0, Ciclo menstrual: --, Duración del ciclo: --, Menopausia: --, Inicio sexual: 0, Compañeros sexuales: 1, Embarazada: NO, Ultimo periodo: --, Edad gestacional: --, Fecha probable de parto: --, Colposcopias: NO, Leucorrea: NO, Historia de infertilidad: NO, Ultima citología: --, Resultado citología: --, Otras observaciones: NEGATIVO

HISTORIA REPRODUCTIVA

Aborto hab./infertilidad: NO Retención placentaria: NO Neonatos > 4[illegible] grs.: NO Neonatos < 2500 grs.: NO
HTA en embarazo: NO Emb. múltiple/Cesárea: NO Mortinato/Neonat.: NO Parto prolongado/difícil: NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: HIPERTENSION ARTERIAL
PADRE: HIPERTENSION ARTERIAL

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 26960909 **DE LUQUE BRITO RITA BIENVENIDA** **M, 79 Años (28-May-1946)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: DUSAKAWI Nivel: Nivel 1

****Evolución del 8-Oct-2025 07:02 am: 79 Años**

Id: 245448

Fecha de grabación: 8-Oct-2025 07:06 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 76.0 Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 27.92 Sobrepeso , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: 45.60 mL/min (Valor creatinina=1.20 mg/dL --> Clasificación: ESTADIO 3-A), Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 60 (Optima / TA Media: 80), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

seueinto de cuadro de qu ste renal

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

se formula medicamento recomnaciones

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-115501
Principal de consulta: [N281] QUISTE DE RIÑON, ADQUIRIDO - Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [B351] TIÑA DE LAS UÑAS
Relacionado a la consulta: [E785] HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA
Relacionado a la consulta: [J311] RINOFARINGITIS CRONICA

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

No se hicieron Remisiones

Orden médica: 440900022701-OMED-96346, 8-Oct-2025

- COLESTIRAMIDA RESINAS DE INTERCAMBIO SOBRES, #30, ORAL, 1 e a gua y tomar 1 Cada días

- CARBONATO DE CALCIO 600 MG + VITAMINA D3 200 UI - TABLETA TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días

- CLORFENIRAMINA JARABE 2 MG / 5 ML, JARABE, #1, ORAL, 10 cc cada 12 horas

- NITROFURANTOINA TABLETA100 MG, TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 12 horas

Orden médica: 440900022701-OMED-96348, 8-Oct-2025

- ACIDO FOLICO TABLETA 1 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 26960909 **DE LUQUE BRITO RITA BIENVENIDA** **M, 79 Años (28-May-1946)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: DUSAKAWI Nivel: Nivel 1

- ASCORBICO ACIDO TABLETA 500 MG (VITAMINA C), TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 1 días

- FLUCONAZOL CÁPSULA 200 MG, TABLETA CON O SIN RE, #4, ORAL, 1 Cada 7 días

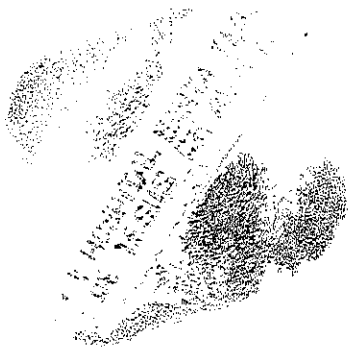
- NEOMICINA (SULFATO) + POLIMIXINA B SOLUCIÓN OFTÁLMICA ,3-,5, SOLUCION OFTALMICA, #1, OFTALMICA, 1 Cada 8 horas

- VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) TABLETA Ó CÁPSULA 5000 U.I., TA[illegible]A CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 1 días

Documento de venta asociado

ORDS-115501
Subsidiado: DUSAKAWI

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA



3 842

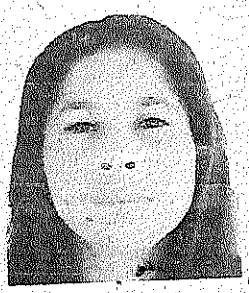
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.969.682

DE LUQUE VANEGAS
APELLIDOS

CARMELA YOLET
NOMBRES

Carmela Deluque
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1979
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-JUN-1997 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500500-68147004-F-0026989682-20070323 02767 07082N 02 204558734


JUBILE
PINOS

Dibulla Firma 3.844

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

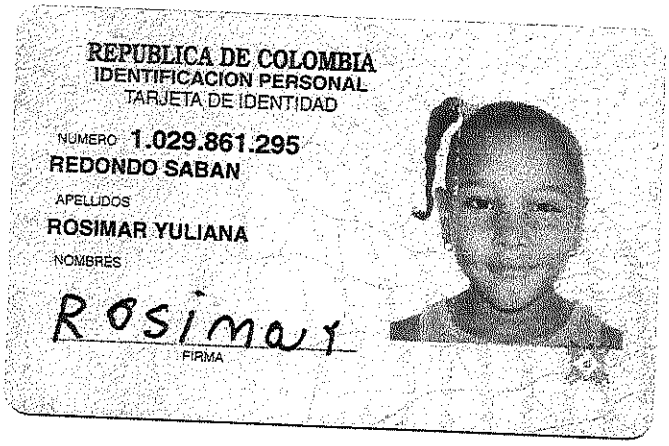
Nombres y Apellidos				Tipo identificación:	Número	
Rosimar Y Redondo Suzan				t-1	1029.861.295	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:			Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
01-Marzo 2008	Riohacha			Guajira		Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:	
17	Hombre		caja copi	Sincope Epilepsia		
	Mujer	x				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Intelectual			SÍ x	NO	SÍ	NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:		
SÍ	NO	Guajira		Dibulla		
Dirección de vivienda:						
Barrio / Vereda		CR. 6 # 2-24 Marina Hz				
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?		
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?		
Género		Femenino				
		Masculino				

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Claudibet Suzan del Pra	CC x	CE	PP	40.931.402
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre.				CR. 6 # 2-24
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
310 641 0406-3168154980				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
Si estudia	todo los días	Mañana



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.029.861.295
REDONDO SABAN
APELLIDOS
ROSIMAR YULIANA
NOMBRES

Rosimar
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-2008
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
01-MAR-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
O+ F
G S RH SEXO
08-ABR-2015 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-4800500-00726806-F-1029861295-20150729 0045461543A 3 43664581

3 946

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
ROSIMAR	YULIANA	REDONDO	SABAN

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1029861295

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2024	6	25

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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	37.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	6.25
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	38.89
Participación	53.57

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b125.2 b130.3 b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d820.3 d910.3 d920.2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

CLINIVIDA Y SALUD IPS. S.A.S
901336751-4
Teléfonos: 3214596698
Dirección: CALLE 11A # 15-55 - RIOHACHA

Atención N° 0100705145
Fecha de Atención: 22/07/2025

1029861295
Paciente: REDONDO SABAN ROSIMAR YULIANA

HISTORIA CLINICA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CE

Datos del afiliado

Identificación: TI 1029861295 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 01/03/2008 **Edad:** 17 años, 4 meses, 21 días
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA
Dirección: CARRERA 6 # 2-24 **Zona:** Rural
Ocupación: No Aplica
Contratante: CAJACOPI EPS SAS **Autorizacion:** 4409000050699
Teléfonos: 3168154980 **Plan:** CAJSVI CAJACOPI VIGENTE SUBSIDIADO
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional **Especialidad:** MEDICINA INTERNA
Profesional: 4184198 - ANGEL HUGO ROMERO SANCHEZ

Diagnósticos

Principal [Impresión Diagnóstica]: (R55X) SINCOPE Y COLAPSO.
Relacionado [Confirmado Repetido]: (G409) EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO.
Relacionado [Impresión Diagnóstica]: (Z132) EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE LA NUTRICION.
Relacionado [Impresión Diagnóstica]: (Z136) EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES.

Signos vitales

TAS: 90mm/hg	TAD: 50mm/hg	TAM: 63.33mm/hg	FR: 18res/min	FC: 88lat/min
TEMP: 36°C	SAT: 99AA	PESO: 62Kg	TALLA: 1.66CM	IMC: 22.5Cm

ESPECIALIDAD: 08. Medicina Interna

DATOS DE INGRESO

FINALIDAD DE LA CONSULTA: 10-No aplica
CAUSA EXTERNA: 13-Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA: CONVULSIONO

ENFERMEDAD ACTUAL: SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 17 AÑOS SIN COMORBILIDADES CONOCIDAS, CON ANTECEDENTES DE EPILEPSIA, CON ABANDONO DE SEGUIMIENTO CON NEUROPEDIATRA DESDE HACE 6 AÑOS. QUIEN ASISTE A CONSULTA DE MEDICINA INTERNA POR PRESENTAR EPISODIOS SINCOPALES EN 3 OPORTUNIDADES, POR LO QUE ES REMITIDA DE MEDICINA GENERAL.

ASPECTO GENERAL: BUENAS CONDICIONES

REVISION POR SISTEMAS: NIEGA SINTOMATOLOGIA PATOLOGICA PREVIA

EXAMEN FISICO

C.C.C.: CCC. NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA CONJUNTIVAL ROSADA. NARINAS PERMEABLES, MUCOSA ORAL HÚMEDA, PLACA DENTARIA SUPERIOR E INFERIOR CONSERVADA.
CUELLO MOVIL SIN ALTERACIONES NI ADENOPATIAS, PULSOS CAROTIDEOS NORMALES, YUGULARES SIN ALTERACIONES, TIROIDES SIN ALTERACIONES.

CARDIOPULMONAR: TORAX: CAJA TORÁXICA SIN ALTERACIONES, RESPIRACIÓN EUPNEICA.
CORAZON: RITMO REGULAR, TONOS CONSERVADOS. NO SE AUSCULTAN SOPLOS.
PULMONAR: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE E INDOLORO, OMBLIGO UMBILICADO. HÍGADO BAJO EL REBORDE COSTAL. BAZO NO SE PALPA. NO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE MASAS NI VISCEROMEGALIAS

GENITO URINARIO: NORMOCONFIGURADOS EXTERNAMENTE. DIURESIS +

EXTREMIDADES: EXTREMIDADES SUPERIORES: INSPECCIÓN SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES, FUERZAS Y MOVIMIENTOS CONSERVADOS.
EXTREMIDADES INFERIORES: INSPECCION, EJES Y MOVILIDAD CONSERVADOS, RODILLAS Y PIERNAS DE ASPECTO NORMAL, PIES SIMETRICOS NORMALES SIN LIMITACIONES A LA MOVILIZACION.
VASCULAR: PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, SIMETRICOS.

Dr. Angel Romero
MEDICO INTERNISTA
ANGEL HUGO ROMERO SANCHEZ
Especialidad: MEDICINA INTERNA

Identificación: 4184198
N° Registro: 4184198

PEINADO MILDRED PAOLA.

CLINIVIDA Y SALUD IPS. S.A.S
901336751-4
Teléfonos: 3214596698
Dirección: CALLE 11A # 15-55 - RIOHACHA

Atención N° 0100705145
Fecha de Atención: 22/07/2025

1029861295
Paciente: REDONDO SABAN ROSIMAR YULIANA

HISTORIA CLINICA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CE

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: NEUROLOGICO PERIFERICO:
MOVILIDAD, FUERZAS Y REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS CONSERVADOS.
COLUMNA: CON REBORDE ANATOMICO CONSERVADO E INDOLORA.
SNC: SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE

PIEL Y FANERAS: SIN LESIONES

INTERPRETACION DE ESTUDIOS DIAGNOTICOS: SE SOLICITAN

DIAGNOSTICOS: SINCOPE

ANALISIS: PACIENTE CON ANTECEDENTES DESCRITO, POR LO QUE SE SOLICTAN PARACLINICOS PARA DESCARTE DE PATOLOGIA CARDIOVASCULAR Y METABOLICA. SE SOLICITA VALORACION POR NEUROLOGIA

PLAN O CONDUCTA: PLAN
CONTROL POR MEDICINA INTERNA AL TENER RESULTADOS
VALORACION POR NEUROLOGIA
PARACLINICOS CONTROL:
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO
HOLTER DE 24 HORAS
EKG
ELECTROENCEFALOGRAMA
-HEMOGRAMA
-CREATININA
-PRUEBA DE TOLERANCIA GLUCOSADA CON 75GRS DE GLUCOSA DE 4 HORAS
-INSULINA BASAL
-TSH T4L
-IONOGRAMA
-UROANALISIS
TRATAMIENTO:
ASA 100MG VO DIARIO

Dr. Angel Romero
MEDICO INTERNISTA

ANGEL HUGO ROMERO SANCHEZ
Especialidad: MEDICINA INTERNA

Identificación: 4184198
N° Registro: 4184198

PEINADO MILDRED PAOLA.

3680

CLINIVIDA Y SALUD IPS. S.A.S

901336751-4
Teléfonos: 3214596698

Dirección: CALLE 11A # 15-55

Consecutivo: 0100284474
Fecha: 22/07/2025

Paciente: TI 1029861295 - REDONDO SABAN ROSIMAR YULIANA

FÓRMULA MÉDICA (Apoyo Diagnóstico)

— Datos del afiliado —

Identificación: TI 1029861295 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 01/03/2008 **Edad:** 17 AÑOS
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA **Ocupación:** No Aplica
Teléfonos: 3168154980 **Dirección:** CARRERA 6 # 2-24
Contratante: CAJACOPI EPS SAS

DX Principal: R55X - SINCOPE Y COLAPSO
DX Relacionado: G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
DX Relacionado: G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

ítem	Servicio	Cantidad
1	907106 - UROANALISIS	1
2	904921 - TIROXINA LIBRE	1
3	904902 - HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES Observaciones:	1
4	904705 - INSULINA LIBRE Observaciones:	1
5	903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
6	903890 - PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	1
7	903605 - IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	1
8	902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1

Dr. Angel Romero S.
MEDICO INTERNISTA
RM 23-18

ANGEL HUGO ROMERO SANCHEZ
Especialidad: MEDICINA INTERNA
Identificación: 4184198
N° Registro: 4184198

3 881

CLINIVIDA Y SALUD IPS. S.A.S

901336751-4
Teléfonos: 3214596698

Dirección: CALLE 11A # 15-55

Consecutivo: 0100284474
Fecha: 22/07/2025

Paciente: TI 1029861295 - REDONDO SABAN ROSIMAR YULIANA

FÓRMULA MÉDICA (Apoyo Diagnóstico)

— Datos del afiliado

Identificación: TI 1029861295 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 01/03/2008 **Edad:** 17 AÑOS
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA **Ocupación:** No Aplica
Teléfonos: 3168154980 **Dirección:** CARRERA 6 # 2-24
Contratante: CAJACOPI EPS SAS

DX Principal: R55X - SINCOPE Y COLAPSO
DX Relacionado: G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
DX Relacionado: G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

Item	Servicio	Cantidad
1	907106 - UROANALISIS	1
2	904921 - TIROXINA LIBRE	1
3	904902 - HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES Observaciones:	1
4	904705 - INSULINA LIBRE Observaciones:	1
5	903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
6	903890 - PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	1
7	903605 - IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	1
8	902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1

Dr. Angel Romero
MEDICO INTERNISTA
RM. 9

ANGEL HUGO ROMERO SANCHEZ
Especialidad: MEDICINA INTERNA
Identificación: 4184198
N° Registro: 4184198

3 582

CLINIVIDA Y SALUD IPS. S.A.S

901336751-4
Teléfonos: 3214596698

Dirección: CALLE 11A # 15-55

Consecutivo: 0100284464
Fecha: 22/07/2025

Paciente: TI 1029861295 - REDONDO SABAN ROSIMAR YULIANA

FÓRMULA MÉDICA (Otros)

— Datos del afiliado

Identificación: TI 1029861295 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 01/03/2008 **Edad:** 17 AÑOS
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA **Ocupación:** No Aplica
Teléfonos: 3168154980 **Dirección:** CARRERA 6 # 2-24
Contratante: CAJACOPI EPS SAS

DX Principal: R55X - SINCOPE Y COLAPSO
DX Relacionado: G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
DX Relacionado: G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

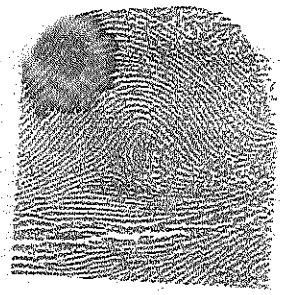
item	Servicio	Cantidad
1	890366 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1
	Observaciones: CONTROL POR MEDICINA INTERNA AL TENER RESULTADOS	

Dr. Angel Romero
MEDICO INTERNISTA
RM. 4

ANGEL HUGO ROMERO SANCHEZ
Especialidad: MEDICINA INTERNA
Identificación: 4184198
Nº Registro: 4184198

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4093402
SABANDEL PRADO
APELLIDOS
CLAUDRET EDIT
NOMBRES
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-1977
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
13-FEB-1996 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REGINFO LOPEZ

A-4800100-68107526-F-0040934402-20030205 05096 03031A 03 1287790242

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Sandith Sierra Ortiz			C.C.	90.572.550	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
25 Marzo AAAA	Planeta Rica		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
43 años	Hombre	*	N E.P.S	Epilepsia	DD/MM/AAAA
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
			SÍ X	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira		Dibulla	
Dirección de vivienda:		Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento			
Barrio / Vereda		Villa vista			
Se reconoce como victima del conflicto armado		SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género		f	Femenino / Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Jorge Olivo Leon	CC	CE	PP	8174437
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Esposo	Cuidador			Km 11 #4-50
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3216763232				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

D'Bulla 3885

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **50.572.550**

SIERRA ORTIZ

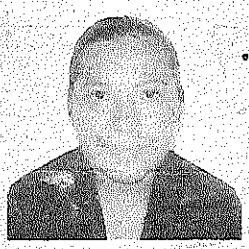
APELLIDOS

SAUDITH DEL CARMEN

NOMBRES

saudith Sierra.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-MAR-1982**

PLANETA RICA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

25-OCT-2002 VALENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00203390-F-0050572650-2009121 0019076890A 1 25511794

3 886

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
SAUDITH	DEL CARMEN	SIERRA	ORTIZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	RIOHACHA

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: 50572550

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2023	4	12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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	58.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	62.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b114.2 b117.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.3 d920.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
IVAN RENE MENDOZA DAZA	Medicina	CC-1122406158
DIOGMARY MARGARITA MARTINEZ CALLE	Fonoaudiología	CC-1140871253

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.

CERIN CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION INTEGRAL SEDE TORRENOVA

NIT: 900794134-1

EMPRESA : IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

ORDEN MEDICA Nro. 262566

Fecha de impresión del documento: 16/09/2025 10:20

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
CC. 50572550	SAUDITH DEL CARMEN SIERRA ORTIZ	43 AÑOS, 5 MESES, 24 DIAS	FEMENINO	3216763232	PELECHUA

EPS	REGIMEN
NUEVA EPS	SUBSIDIADO

PATOLOGIA
G409 - Epilepsia, tipo no especificado - - -

CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES
890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	EN 4 MESES
891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	

INDIRA FAQUIRA BASANTAR.M.: 577048
FIRMA ESPECIALISTA DE NEUROLOGIA

CERIN CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION INTEGRAL SEDE TORRENOVA
NIT: 900794134-1
COD. PRESTADOR: 440010095416
EMPRESA: IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

HISTORIA CLINICA CONSULTA ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA

Referencia: 1157553

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CC. 50572559	SAUDITH DEL CARMEN SIERRA ORTIZ	23/03/1982	43 AÑOS, 5 MESES, 24 DIAS
SEXO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA**	**GRUPO POBLACIONAL**
FEMENINO		NINGUNO DE LOS ANTERIORES	POBLACION SISBENIZADA
NIVEL DE ESTUDIO	**OCUPACION**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
NO DEFINIDO	NO TENGO INFORMACION	PELECHUA	3216763232
FINANCIADOR	**RÉGIMEN**	**PRIMER INGRESO**	**ÚLTIMA ATENCIÓN**
NUEVA EPS	SUBSIDIADO	16/09/2025 08:29 AM	16/09/2025 08:29 AM
MODALIDAD	**UBICACION**		
INTRAMURAL			

DATOS DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL POR CRISIS EPILEPTICAS

ENFERMEDAD ACTUAL

FEMENINA DE 43 AÑOS DE EDAD, HIPERTENSA TRATADA, QUIEN REFIERE DESDE LOS 38 AÑOS DE EDAD CRISIS EPILEPTICAS QUE INCIIAN CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO Y SEGUN TESTIGOS CONVULSIONES, ACTUALMENTE EN TTO CON DIVALPROATO SODICO 500 MG TRES VECES AL DIA, CRISIS CON FRECUENCIA DE DOS A TRES VECES POR SEMANA APROX Y AUMENTA LA FRECUENCIA DURANTE LA MENSTRUACION, EN CONSULTA PREVIA INDICO ADEMAS LACOSAMIDA 50 MG DOS VECES AL DIA, PACIENTE REFIERE MEJORIA DE SINDROME EPILEPTICO, HA PRESENTADO CRISIS DURANTE EL SUEÑO FRECUENTES, SEGUN SU PAREJA CASI TODAS LAS NOCHES, ACUDE POR CONTROL.

REVISIÓN POR SISTEMA

-

ES SINTOMATICO	NO	ES VICTIMA DE MALTRATO	NO	ES VICTIMA DE VIOLENCIA	NO

ANTECEDENTES

MEDICOS FAMILIARES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Enfermedad Mental	NO	Tabaquismo	NO
Alcoholismo	NO	Drogo dependencia	NO	Dislipidemia	NO	Cancer	NO
Candivascular	NO	Convulsiones	NO	Otros antecedentes	NO		

PERSONALES

Hipertension	SI	Diabetes	NO	Cardiopatia	NO	Tuberculosis	NO
Consumo de Alcohol	NO	Consumo de Tabaco	NO	Quirurgicos	NO	Cancer	NO
Alrgicos	NO	Toxicoambientales	NO	Otros antecedentes	NO		

GINECOLÓGICOS

TELARCA	-	MENARCA	-	CICLOS	-
GESTACIONES	-	PARTOS	-	ABORTOS	-
CESAREAS	-	VIVOS	-	INICIO VIDA OBSTETRICA	-
FECHA ULTIMA	-	INICIO VIDA SEXUAL	-	ULTIMA CITOLOGIA	-
Resultado citologia	-	PLANIFICACION FAMILIAR	NO		

EXÁMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

PESO (Kgs)	1	TALLA (cms)	1	FRECUENCIA CARDIACA	86
TENSIÓN ARTERIAL	140/90	FRECUENCIA RESPIRATORIA	16	Temperatura	36
Imc	1				

INSPECCIÓN FÍSICA

GENITO URINARIO	-
PIEL Y FANERAS	-
ABDOMINAL	-
EXTREMIDADES	-
CARDIO PULMONAR	-
ANALISIS	-
OTRAS OBSERVACIONES	-
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	VIGIL, CONS, ORIENTADA EN TEP, NO DEFICIT MOTOR NI SENS, MARCHA, PRAXIA Y TAXIA CONSERVADA
CABEZA - CARA - CUELLO	-

DIAGNÓSTICOS

Fecha	Diagnóstico	Tipo
16/09/2025	[Diagnóstico principal] G409.Epilepsia, tipo no especificado	3 - CONFIRMADO REPETIDO

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
16/09/2025	SE RECIBE: - ELECTROENCEFALOGRAMA COMP DIC 2024: NORMAL - TAC DE CRANEO SIMPLE 2021: NORMAL - LABORATORIO: TGO, TGP, IONOGRAMA SEPT 20250 NORMAL GGT 74.9 (ELEVADO) SE SUSPENDEN METODOS HORMONALES PARA ANTICONCEPCION SE INDICA: - DIVALPROATO SODICO 500 MG TAB DE LIBERACION RETARDADA: 1 TAB TRES VECES AL DIA POR 4 MESES (90 TAB POR MES/360 TAB PARA 4 MESES) - LACOSAMIDA: 50 MG: 1 TAB TRES VECES AL DIA POR 4 MESES (90 TAB POR MES/360 TAB PARA 4 MESES) - CLONAZEPAM SOL GOTAS 2.5 MG/ML: 3 GOTAS EN LA MAÑANA Y 5 GOTAS EN LA NOCHE POR 4 MESES (1 FRASCO POR MES/4 FRASCOS PARA 4 MESES) SE SOLICITA: - ELECTROENCEFALOGRAMA COMP - LABORATORIO: GGT CONTROL CITA CONTROL EN 4 MESES

PLAN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Fecha	Medicamento	Cantidad	Posología
16/09/2025	LACOSAMIDA 50 MG	240 TABLETA	
16/09/2025	CLONAZEPAM 2.5 MG/ML SOLUCION ORAL GOTAS - COQUAN	4 LIQUIDO ORAL	

ORDEN DE EXÁMENES DE LABORATORIOS

Fecha	Exámen Laboratorio
16/09/2025	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA

3890

Pep Saudith Sierra.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 8.174.437

OLIVERO LEON
APELLIDOS

JORGE
NOMBRES

Jorge Olivero Leon
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1967
VALENCIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

26-JUL-1985 SAN PEDRO DE URABA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4800500-68158951-M-0008174437-20070902 0172407245A 02 212105084

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.145.686

VANEGAS REDONDO

APELLIDOS

SEGUNDO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1943

DIBULLA
(LA GUAJIRA)

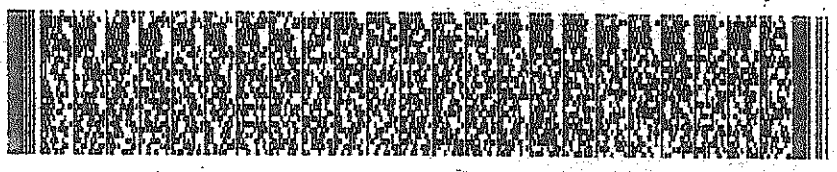
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-DIC-1965 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



R-4800500-00323650-M-0005145686-20110817 0027768645A 1 25494578

Para ingresar 3 983

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
SEGUNDO		VANEGAS	REDONDO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 5145686

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	6	27

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901010389

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI	X	NO	
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	Puntaje
Cognición	33.33
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	96.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.2 b229.2 b780.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.4 d879.4 d920.4

MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

MEDICSAS
Nit: 900613066
Direccion: Calle 20ª # 7h - 184. Riohacha, La Guajira

Fecha de atención: octubre 15 2025

CONTROL - CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

NOMBRE: SEGUNDO VANEGA REDONDO
IDENTIFICACIÓN: 5145686
REGIMEN: Subsidiado
TELEFONO: 3107010455
MUNICIPIO: DIBULLA

TIPO IDENTIFICACIÓN:
EPS: NUEVA EPS
EDAD: 82 años 7 meses
DIRECCION: CALLE 4 # 8-100

GENERALIDADES DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA: VALORACION MEDICA POR TELECONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 82 AÑOS DE EDAD,

QUIEN SE LE REALIZA VISITA DOMICILIARIA EN EL DIA DE HOY POR ANTECEDETES DE ENFERMEDAD CRÓNICA, QUE LIMITAN SU MOVILIDAD FUERA DE CASA, POR LO QUE SE EVALUA EN SU DOMICILIO.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HTA DE LARGA DATA, CONTROLADA FARMACOLOGICAMENTE, CON HEMIPLEJIA IZQUIERDA COMO SECUELA DE ACV ISQUEMICO DE APROXIMADAMENTE 7 AÑOS DE EVOLUCION. CON DEPENDENCIA TOTAL PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

VALORO PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA ENCAMADO EN POSICION FETAL DE LATERALIDAD IZQ QUIEN SEGUN REFERENCIA FAMILIAR ADOPTO ESA POSICION POSTERIOS A ACV PACIENTE REFIERE DOLOR EN BRAZO DERECHO AL MOMENTO DE LA MOVILIZACION
REGULARES CONDICIONES CLINICAS TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE AFEBRIL HIDARATADO EUPNEICO CUYO FAMILIAR NIEGA FIEBRE VOMITOS O DIARREAS RESTO DEL EXAMEN NORMAL

VALORO PACIENTE ENCAMADO CON CONDICIONES CLINICAS ACEPTABLES AFEBRIL TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON BUEN PATRON RESPIRATORIO QUIEN SEGUN REFERENCIA DE FAMILIAR ESTA ESTABLE NIEGAN FIEBRES VOMITOS O DIARREAS RESTO DEL
EXAMEN NORMAL

VALORO PACIENTE ENCAMADO AFEBRIL HIDRATADO TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON BUENA SATUTACION DE OXIGENO QUIEN PRESENTA PARCIAL DE ORINA PATOLOGICO POR LO QUE INDICA TTO QUIEN SEGUN REFERENCIA FAMILIIAR SE ENCUENTRA ESTABLE NEGSNDO FIEBRE VOMITOS O DIARREAS

VALORO PACIENTE POR TELECONSULTA EN COMUNICACION CON FAMILIAR QUIEN REFIER QUE EL PACIENTE ESTA ESTABLE AFEBRIL TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON BUENA SATURACION Y FAMILIAR REFIERE ORINAS CLARAS NO FETIDAS RESTO NIEGA FIEBRE VOMITOS O DIARREAS SE MANTIENEN INDICACIONES

CAUSA EXTERNA: OTRA

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES: NO
HIPERTENSIÓN: NO
SÍNDROME CONVULSIVO: NO
MALFORMACIONES: NO
CANCER: NO
OTROS:

ANTECEDENTES PERSONALES

ENF. TROMBOTICA: NO
CONVULSIONES: NO
DIABETES: NO
VALVULOPATIAS: NO
ENF. HEPÁTICA: NO
CEFALEA: NO
HIPERTENSIÓN: SI
PATOLOGÍA MAMARIA: NO
OTROS:

MEDICSAS
Nit: 900613066
Direccion: Calle 20ª # 7h - 184, Riohacha, La Guajira

HÁBITOS

ALCOHOL: NO CIGARRILLO/ ABACO: NO DROGAS: NO
OTROS:

REVSIÓN POR SISTEMAS

1. SÍNTOMAS GENERALES: REGULARTES CONDICIONES

2. SISTEMA RESPIRATORIO: NIEGA

3. SISTEMA CARDIOVASCULAR: NIEGA

4. SISTEMA GASTROINTESTINAL NIEGA

5. SISTEMA GENITOURINARIO INFECCION URINARIA E INCONTINENCUA

6. SISTEMA ENDOCRINO: NIEGA

7. SISTEMA NEUROLOGICO: ORIENTADO EN LOS TES PLANOS

SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL: 110/70 Mm hg
FR: 18 SAT 95 %
TALLA: 175
P. CEFÁLICO: 57
P. BRAQUIAL 26
FC: 84
TEMPERATURA: 34.2
PESO: 62
P. ABDOMINAL: 100
I.M.C: 20.244897959183675

EXAMEN FÍSICO

1. ASPECTO GENERAL: REGULARES CONDICIONES GENERALES, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE, MANTENIENDO NIVELES ADECUADOS DE SATURACION Y FRECUENCIA CARDIACA.

2. ESTADO EN EL QUE LLEGÓ: CONCIENTE

3. CABEZA: NORMOCEFALICO, NO MASAS, NO DOLOR, RIGIDES DE NUCA MUCOSA ORAL HUMEDA, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ

4. AGUDEZA VISUAL: NORMAL

5. CUELLO: MOVIL SIN MASAS CON TENDENCIA A MANTENERLO HACIA LA IZQ

6. TORAX: SIMETRICO NORMO EXPANSIBLE RCR S/S/ MVS EN ACP S/A

7. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN MEGALIAS

8. GENITOURINARIO: INCONTINENECIA URINARIA SE EVIDENCIA FISTULA EN MEATO URINARIO

9. OSTEOMUSCULAR: HEMIPLEJIA IZQUIERDA, PACIENTE CON RIGIDEZ EN EXTREMIDADES, HIPOTROFIA MUSCULAR
DOLOR A LA PALAPCION EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO
DOLOR EN HOMBRO DERECHO POSICION FETAL IZQUIERDA EXTREMIDADES HIPOTROFICAS CON RETRACCION DE LAS 4 EXTREMIDADES,

10. PIEL Y FAERAZ: EXTREMIDADES HIPOTROFICAS CON RETRACCION DE LAS 4 EXTREMIDADES,

11. NEUROLÓGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, EPISODIOS DE LUCIDEZ ALTERNADO CON EPISODIOS DE DESORIENTACION EN ESPACIO TIEMPO Y PERSONA

3 597

MEDICSAS
Nit: 900613066
Direccion: Calle 20ª # 7h - 184, Riohacha, La Guajira

REMITIDO A: PAÑAL CONTENT TALLA L, #540, PARA CAMBIO CADA 8 HORAS POR 6 MESES

OBSERVACIONES: INCONTINENCIA ORINARIA

REMITIDO A: - S/S PAQUETE CRONICO CON TERAPIAS DOMICILIARIAS (12 TERAPIAS FISICAS AL MES)

OBSERVACIONES:

REMITIDO A: SS UROCULTIVO CONTROL POST TRATAMIENTO

OBSERVACIONES:



VERUSKA DEL CARMEN LEON VERGARA
MEDICO GENERAL
RM: 1237444064

MEDICSAS
Nit: 900613066
Direccion: Calle 20ª # 7h - 184, Riohacha, La Guajira

SCALAS

Puntaje Scala FAC: -1 Puntaje Scala Karnofsky: -1

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

#	CIE10	DESCRIPCIÓN	CLASE DIAGNOSTICO
1	I694	SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	Diagnostico Principal
2	M625	ATROFIA Y DESGASTE MUSCULARES, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	Diagnostico Principal
3	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Diagnostico Principal
4	R32	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	Diagnostico Principal
5	R15	INCONTINENCIA FECAL	Diagnostico Principal
6	L022	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DEL TRONCO	Diagnostico Principal
7	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Diagnostico Principal

PLAN

DESCRIPCIÓN DEL PLAN: -DIETA ADECUADA PARA SU EDAD
- S/S PAQUETE CRONICO CON TERAPIAS DOMICILIARIAS (12 TERAPIAS FISICAS AL MES)
- S/S TERAPIAS FÍSICAS DOMICILIARIAS, #8 AL MES POR 3 MESES
LOSARTAN TAB 50 MG, TOMAR 1 TAB VO CADA 12 HORAS POR 30 DIAS
- AMLODIPINA TAB 5 MG, TOMAR 1 TAB VO OD
- ATORVASTATINA TAB 40 MG,TOMAR 1 TAB VO OD NOCHE
- OMEPRAZOL TAB 20 MG, TOMAR 1 TAB VO OD AYUNAS
- HIDROCLORATIAZIDA TAB 25 MG, TOMAR 1 TAB VO OD
- ACIDO ACETIL SALICILICO TAB 100 MG, TOMAR 1 TAB VO OD
- USO DE PAÑAL CONTENT TALLA L, #540, PARA CAMBIO CADA 8 HORAS POR 6 MESES
VITAMINA C MASTICABLE 500 MGS DAR UNA DIARIA POR 30 DIAS
S/S NISTATINA + OXIDO DE ZINC, CREMA TOPICA 60 GR. PARA APLICAR CON CADA CAMBIO DE PAÑAL
SS UROCULTIVO CONTROL

OBSERVACIONES:

ORDEN DE MEDICAMENTOS E INDICACIONES

#	CANTIDAD	MEDICAMENTO	FORMULA
1	60	LOSARTAN 50mg Tableta	Cada 12 Horas durante 30 Dias
2	30	AMLODIPINO 5mg Tableta	Cada 24 Horas durante 30 Dias
3	30	OMEPRAZOL 20mg Cápsula	Cada 24 Horas durante 30 Dias
4	30	HIDROCLOROTIAZIDA 25mg Tableta	Cada 24 Horas durante 30 Dias
5	30	ACETIL SALICILICO ACIDO 100mg Tableta	Cada 24 Horas durante 30 Dias
6	4	NISTATINA 100.000UI/OXIDO DE ZINC 20MG CREMA TOPICA 20GR	Cada 8 Horas durante 30 Dias
7	30	VITAMINA C MASTICABLE 500 MGS	Cada 24 Horas durante 30 Dias
8	30	ATORVASTATINA TAB 40 MG	Cada 24 Horas durante 30 Dias

REMISIÓN(ES)

REMITIDO A: S/S TERAPIAS OCUPACIONALES DOMICILIARIAS, #12 AL MES POR 3 MESES

OBSERVACIONES: SE ORDENA PARA LA COORDINACION, MOTILIDAD , MOTRICIDAD FINA Y GRUESA

REMITIDO A: S/S TERAPIAS FÍSICAS DOMICILIARIAS, #8 AL MES POR 3 MESES

OBSERVACIONES: PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA CON POCA MOVILIDAD E HIPOTROFIA MUSCULAR, SE ORDENA PARA MEJORAR CONDICIONES DEL PACIENTE Y EVITAR EMPEORAMIENTO DEL MISMO.

3.899

Fecha de atención: octubre 15 2025

PACIENTE

NOMBRE: SEGUNDO VANEGA REDONDO
IDENTIFICACIÓN: 5145686
Puntaje: 0

TIPO IDENTIFICACIÓN:
EDAD: 82 años 7 meses

Índice Barthel

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	~~Dependiente~~	0
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entrela silla y la cama	~~Dependiente, no se mantiene sentado~~	0
	Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	Independiente	15
Aseo personal	~~Dependiente~~	0
	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	~~Dependiente~~	0
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	~~Dependiente~~	0
	Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	~~Inmóvil~~	0
	Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajarescaleras	~~dependiente~~	0
	Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	~~Dependiente~~	0
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	~~Incontinente (o necesita que le suministren enema)~~	0
	Accidente excepcional (uno/semana)	5
	Continente	10
Control de orina	~~Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa~~	0
	Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	Continente durante al menos 7 días,	10

VERUSKA DEL CARMEN LEON VERGARA
MEDICO GENERAL
RM: 1237444064

3.901

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.922.935
VANEGAS MIRANDA
APELLIDOS
IVANIS BEATRIZ
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1968
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

14-DIC-1987 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800500-00192105-F-0040922935-20091030 0017573617A 1 25511830

Dibolla.

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Sheila Yohana Pinedo Cordoba.			Registro civil	1123412975	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
30-06-2014			La Guajira	Dibolla	Colombia.

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
11 Anos.	Hombre		Cajacopi	Hipoacusia, no espesificado	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Auditiva.	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira	Dibolla.	
Dirección de vivienda:		Kr 11B-480 Piso 1.		
Barrio / Vereda		Urbanización bella Vista.		
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazamiento forzado
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?
Género		Femenino ✓		
		Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Elaiza Cordoba Padilla	CC ✓	CE	PP	1123403988
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
mama	madre.			Kr 11B-480 Piso 1.
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3145818252.				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
			Mañana
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

5 903

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.123.412.975
PINEDO CORDOBA

APELLIDOS
SHEILA YOHANA

NOMBRES
Sheila

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-2014
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
30-JUN-2032
FECHA DE VENCIMIENTO
01-JUL-2021 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
O- F
G.S. RH SEXO
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-4900500-0124S220-F-1123412975-20210707 0074386030A 1 9502311311

Dibulla.

Urbanización bella Vista

Kr 11B 480 piso 1.

TL 314 581 8252.

3 904

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
SHEILA	YOHANA	PINEDO	CORDOBA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1123412975

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
centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S	2024	12	6

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901221205

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI	X	NO	
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	8.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	38.89
Participación	35.71

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2301.3 b2302.3 b2303.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s250.373 s260.373

3. Codigos Actividades y Participación

d310.1 d7500.2 d910.2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YURAICA PATRICIA PAREJA CHURIO	Medicina	CC-1065569284
GINA PAOLA HERRERA PEÑALOZA	Psicología	CC-1065834071
ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO	Fonoaudiología	CC-1120746946

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.

3.966

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÙS DE ÁVILA

NIT 825.001.037-1

Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: gerencia@esehospitalsantateresadibulla.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 8.7 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

440900022701 - ORDS - 7502

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. TI 1123412975

FECHA DE REMISION 26-Mar-2024 03:04 pm

NOMBRE DEL PACIENTE PINEDO CORDOBA SHEILA YOHANA

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / CAJACOPI ((SUBSIDIADO))

RESIDENCIA DEL PACIENTE

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

EDAD	SEXO M	SEXO F
9 Años		X

DEPARTAMENTO LA GUAJIRA [44]

MUNICIPIO DIBULLA [090]

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

CLLE 8 NRO 8-76 DIBULLA (DIRECCION) | 3043937088 (TELEFONO) | 1 de Mayo (BARRIO / VEREDA)

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO | DIRECCION | TELEFONO | CIUDAD / BARRIO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

CAJA[illegible]I

NOMBRE: CCF055 (CODIGO) | [1 X] [2] [3] (NIVEL INST.) | PEDIATRIA (SERVICIO A DONDE SE REMITE)

IMPRESION DIAGNOSTICA

HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA CODIGO: [H919]

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

TIPO DX: Confirmado repetido

OBSERVACIONES

VALORACION POR CUADRODE CONDUCTO AUDITIVO IMPERFORADO CON HIPOACUSIA

INSTITUCIÓN QUE REMITE

440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MED- RODOLFO HERNANDEZ Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA : SI [1] NO [2] Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO :

CODIGO

NIVEL DIAG. 1 2 3

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2]

FECHA MUERTE Mes Día Año Hora — A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO: MD 1, QX 2, MD - QX 3

Dx Intervención Quirurgica:

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA 1 2 3

CODIGO INTERVENCION

INSTITUCION QUE RESPONDE

CODIGO INST.

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE

FIRMA

NIVEL INST. [1] [2] [3]

FECHA RESPUESTA Mes Día Año

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: TI 1123412975 **PINEDO CORDOBA SHEILA YOHANA** **M, 9 Años (30-Jun-2014)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: MENOR SIN TRABAJO

Residencia: CLLE 8 NRO 8-76 DIBULLA - Teléfono: 3043937088 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: 1 de Mayo (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 26-Mar-2024 02:58 pm: 9 Años

Id: 12088

MOTIVO DE CONSULTA

VALORACION INTEGRAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACINTE CON ANTECEDENTE DE PRSENTAR CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO IMPERFORDO QUE EVOLUCIONAOCN HIPACUSIA QUIEN PRESENTA ADEMAS RINORREA RECURRENTE Y TOS DE PREDOMINIO MATUTINO CON RESPUEST PARCIAL A MENEJO MEDICO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

HISTORIA REPRODUCTIVA

Aborto hab./infertilidad: NO *Retención placentaria:* NO *Neonatos > 4000 grs.:* NO *Neonatos < 2500 grs.:* NO

HTA en embarazo: NO *Emb. múltiple/Cesárea:* NO

Mortinato/Muerte neonat.: NO *Parto prolongado/difícil:* NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

Evolución del 26-Mar-2024 02:58 pm: 9 Años

Id: 17043

Fecha de grabación: 26-Mar-2024 03:06 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 88, *Frec. respiratoria:* 16, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 27.0 Kgs., Talla: 124 cms., IMC: 17.56 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 1 / 1 (Optima / TA Media: 1), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: TI 1123412975 **PINEDO CORDOBA SHEILA YOHANA** **M, 9 Años (30-Jun-2014)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

CARA, OJOS Y ORL

SE EVIDENCIA CONDUCTOA UDITIVO EXTERO IMPERFORADO CON DIMSINUCUION DE LA A GUDEZA AUDITIVA BILATERAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

****AGUDEZA VISUAL****

AGUDEZA VISUAL

27- Agudeza visual lejana ojo izquierdo: 3 -Menor o igual a 20/20 normal

28- Agudeza visual lejana ojo derecho: 3 -Menor o igual a 20/20 normal

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

IEMINTO

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SE REMIT PARA VALORACION POR PEDIARIA

ESEEC ERTIFICA QUE LA NIÑA PRESENTA AMBOS CONDUCTOS AUDITIVO EXTERNO IMPERFORADOS CON CIERTO GARDO DE HIPOACUSIA QUE LIMITAN L A COMUNICACION

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-7502

Principal de consulta: [H919] HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA - Confirmado repetido

Relacionado a la consulta: [Q179] MALFORMACION CONGENITA DEL OIDO, NO ESPECIFICADA

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL

En internación

Remitido a: PEDIATRIA / CAJACOPI

Orden médica: 440900022701-OMED-6495, 26-Mar-2024

- OXIEMETAZOLINA GOTAS NASALES 0.5, #1, NASALES, APLICAR Cada 8 horas
- CLORFENIRAMINA JARABE 2 MG / 5 ML, JARABE, #1, ORAL, 7 CC ADA 12 HORAS
- PREDNISOLONA TABLETA 5 MG, TABLETA CON O SIN RE, #10, ORAL, 1 Cada 1 días

Documento de venta asociado

ORDS-7502

Subsidiado: CAJACOPI ((SUBSIDIADO))

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

4452

HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

3.909

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.403.988
CORDOBA PADILLA

APELLIDOS
ELAIXA

NOMBRES

Elaixa Cordoba

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1986
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

11-MAY-2006 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

R-4800500-01325922-F-1123403988-20221028 0087854345A 1 8505263451

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Silvio Enrique Bolaño Murgas.			CC	17803324	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
26/05/1951	Riohacha.		Guajira	Riohacha	Colombia.
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
74 Años	Hombre	✓	Magisterio	A.C.B. Cardiovascular.	DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	Guajira	Dibulla.
Dirección de vivienda:		*Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento*	Cll 5 #5-43
Barrio / Vereda		El Perú	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO	¿Cuál?
Género		Femenino	
		Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Rebeca Arevalo.	CC ✓	CE	PP	26962922.
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Esposa.	Cuidador.			Cll 5-43 el perú
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3043583140.				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

Dibulla 3911

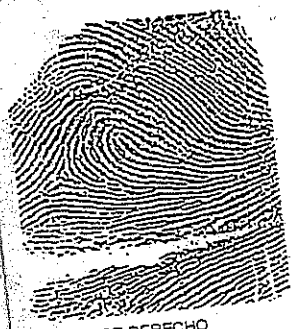
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17.803.324
NUMERO

BOLAÑO MURGAS
APELLIDOS

SILVIO ENRIQUE
NOMBRES

Silvio Bolaños M
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1951
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

B-
G.S. RH

M
SEXO

19-FEB-1973 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-4800500-68145562-M-0017803324-20060324

0068306083A 02 204552541

3 92

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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
SILVIO	ENRIQUE	BOLAÑO	MURGAS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 17803324

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	12	6

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901221205

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	8.33
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2 b7603.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.271 s730.362

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4501.4 d920.4

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
EDIANIS LISBETH ACOSTA CAMPO	Fisioterapia	CC-1121328539
WESLY PLATA SIERRA	Medicina	CC-1121329589
CARLA CELINA MEZA CONTRERAS	Psicología	CC-1121338875

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.

Confiaguajira

890303 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Consulta

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 73 AÑOS DE EDAD CON AP HTA -FA CON CHA2DS2 VASC 5 PUNTOS -RIESGO ANUAL DE ACV DEL 6.7 % ESTENOSIS DE CAROTIDA IZQUIERDA -SECUELAS DE ACV ISQUEMICO CON FOCO FBCI -DM2 EN TTO CON RIVAROXABAN 20 MG DIA- BISOPROLOL 5 MG DIA- LOSARTAN 50 MG BID- AMLODIPINO 5 MG DIA LINAGLIPTINA 5 MG DIA - HCTZ 25 MG DIA ROSUVASTATINA 20 MG DIA- ASA 100 MG DIA, QUIEN ASISTE A CONSULTA CON MEDICINA INTERNA POR EL PROGRAMA DE RCV Y NEFROPROTECCION. APORTA LAB DEL DIA 6-06-25 GLICEMIA 77 - UREA 37 - CREA 0.7 - TGO 17 - TGP 11 - LDL 102.40 CT 197.

ANALISIS: PACIENTE CON HTA -FA CON CHA2DS2 VASC 5 PUNTOS -RIESGO ANUAL DE ACV DEL 6.7 % ESTENOSIS DE CAROTIDA IZQUIERDA -SECUELAS DE ACV ISQUEMICO CON FOCO FBCI -DM2. SE TOMA LA SIGUIENTE CONDUCTA : SE CONTINUA CON LA MEDICACION HABITUAL SE AUMENTA DOSIS DE ROSUVASTATINA 40 MG NOCHE DESPUES DE LA CENA.
SE SOLICITA MAPA DE 24 HORAS, HOLTER DE RITMO DE 24 HORAS Y ECOCARDIOGRAMA TT
SE REMITE A CARDIOLOGIA.
SE REMITE A NEUROLOGIA.
SE INDICAN TERAPIAS 3 POR SEMANA # 20 SESIONES
SE HACE ENFASIS EN LA DIETA, ACTIVIDAD FISICA REGULAR 150 MINUTOS SEMANALES, DEBE ACUDIR PUNTUALMENTE A LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA RCV Y NEFROPROTECCION , EVITAR NEFROTOXICOS (ALCOHOL, CIGARRILLOS AINES IBUPROFENO , NAPROXENO, DICLOFENACO , KETOROLACO ETC)
CONTROL CON MEDICINA INTERNA EN 3 MESES.

Motivo de Consulta: No Refiere

ANTECEDENTES PERSONALES

QUIRURGICO: No Refiere

ALERGIAS: No Refiere

TOXICOS: No Refiere

Examen fisico

Indice de Masa Corporal : 0,00 **Talla (Metros):** 1.55 **Peso (kilo):** 50.2

Signos vitales

Presión Arterial:: 140/95 **Temperatura (c):** 37 **Frecuencia Respiratoria:** 62

REVISION POR SISTEMAS

Abdomen: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN MASAS NI MEGALIAS.

Extremidades: EUTRÓFICA, SIMÉTRICAS SIN EDEMA E INSUFICIENCIA VASCULAR

Cabeza-Craneo-Cara Y Cuello: NORMAL.

Genitourinario: NORMOCONFIGURADOS, CLINICAMENTE NORMAL.

Piel Y Faneras: No Refiere

Sistema Nervioso Central: HEMIPLEJIA IZQUIERDA.

Torax: RSCS ARRITMICOS

Análisis clínico

Plan O Tratamiento: No Refiere

Recomendaciones

RECOMENDACIONES: No Refiere

3915

Finalidad de Consulta: 230

ORDENES GENERADAS EN LA ATENCION

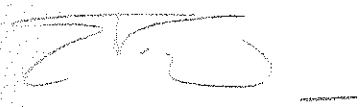
Consulta

ESPECIALIDAD	CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	PRIORIDAD
Medico Especialista	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	Programada
Medico Especialista	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	1	Programada
Medico Especialista	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1	Programada
Medico Especialista	931001-2	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD	20	Programada
Medico Especialista	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	20	Programada

Otros procedimientos

ESPECIALIDAD	CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	PRIORIDAD
Medico Especialista	891202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	20	Programada
Medico Especialista	895001	ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA HOLTER	20	Programada

DIAGNOSTICOS DE LA ATENCION



RGE LUIS pinto gonzalez
CC:72002647
N° de registro:
MEDICINA INTERNA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 26.962.922



AREVALO REDONDO
APELLIDOS

REBECA ELIZABETH
NOMBRES

Rebeca E. Arévalo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1950
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

16-MAY-1972 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-4800500-68146437-F-0026962922-20060405 00438 06095B 02 204555282

3 9/7

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Tomas Cayetano Deluque Barto			C.C.	5.345.708	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
21-8-1951	Santa Marta		Magdalena	Santa Marta	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
74 Años	Hombre	✓	Caja Copi	EPOC	DD/MM/AAAA
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			**Certificado de Discapacidad**		**RLCPcD**
Física - visual - Auditiva - Mental			SÍ ✓	NO	SÍ / NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		Calle 4 # 3-11 *Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento*	
Barrio / Vereda		Las Casitas	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ · NO ✓	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ NO ✓	¿Cuál?
Género		Femenino / Masculino ✓	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Carmela Deluque Vanegas	CC ✓	CE	PP	26969682
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Hija	Cuidadora - Hija			Cll. 6 6/el Perú
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3016400812				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.145.708
DELUQUE SIITO

TOMAS CAYETANO

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1951
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
03-SEP-1973 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

3.919

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
TOMAS	CAYETANO	DELUQUE	BRITO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 5145708

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2024	6	18

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
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	25.00
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b229.3 b249.3 b449.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s298.378 s430.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.2 d920.3

E.S.E HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA
NIT 825001037-1

"Tu salud, nuestra misión humanizada"

RECETARIO MÉDICO
CONSULTA EXTERNA

FECHA 03/09/2025

PACIENTE Luis Delgado EDAD: _____

AFILIACION N° _____ E.P.S.-A.R.S. _____

Se valora
valorado por
Medicina Interna

3.920

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÙS DE ÀVILA

NIT 825.001.037-1

Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: gerencia@esehospitalsantateresadibulla.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

440900022701 - ORDS - 106148

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

IDENTIFICACIÓN No. CC 5145708

FECHA DE REMISION 3-Sep-2025 07:28 am

NOMBRE DEL PACIENTE DELUQUE BRITO TOMAS CAYETANO

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

EDAD	SEXO M	SEXO F
74 Años		X

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO LA GUAJIRA [44]

MUNICIPIO DIBULLA [090]

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

CL 5 CR 6 DIBULLA (DIRECCION) — 3016400812 (TELEFONO) — Peru (BARRIO / VEREDA)

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO — DIRECCION — TELEFONO — CIUDAD / BARRIO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

CAJACOPI (NOMBRE) — CCF055 (CODIGO) — NIVEL INST. [1 X] [2] [3] — MEDICINA INTERNA (SERVICIO A DONDE SE REMITE)

IMPRESION DIAGNOSTICA

BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA CODIGO: [J42X]

TIPO DX: Confirmado repetido

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

VALOARCION POR CUADRO DE BRONQUITIS CRONICA CON DISNEA

INSTITUCIÓN QUE REMITE 440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MED- RODOLFO HERNANDEZ Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA : SI [1] NO [2] — Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO : — CODIGO — NIVEL DIAG. [1] [2] [3]

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2] — FECHA MUERTE Mes Día Año Hora — A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO — MD [1] QX [2] MD - QX [3]

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA [1] [2] [3]

Dx Intervención Quirurgica: — CODIGO INTERVENCION

INSTITUCION QUE RESPONDE — CODIGO INST. — NIVEL INST. [1] [2] [3]

FECHA RESPUESTA Mes Día Año

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE — FIRMA

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 5145708 **DELUQUE BRITO TOMAS CAYETANO** **H, 74 Años (21-Ago-1951)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Residencia: CL 5 CR 6 DIBULLA - Teléfono: 3016400812 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Peru (Zona Urbana), Comuna: COMUNA,

Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 3-Sep-2025 07:23 am: 74 Años

Id: 165264

***

MOTIVO DE CONSULTA

TOS

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE BRONQUITIS CRONICA QUIEN ACUDE REFIRIENDO TOS RECURRENTE ACOMPAÑADO DE SIBILANCIAS DE PREDOMINIO MATUTINO Y DISNEA A MEDIANOS ESFUERSOS CON RESPUESTA PARCIAL A MANEJO MEEDICO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

HIPERTENSION ARTERIAL
ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA PROSTATA
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

INHALADORES, ANTIHIPERTENSIVOS

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

HERMANOS: HIPERTENSION ARTERIAL

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

REFIERE HABITO TABAQUICO ACENTUADO DESDE LA ADOLESCENCIA ABANDONADO HACE 3 AÑOS 1 CAJA AL DIA

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] MÉD- RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

****Evolución del 3-Sep-2025 07:23 am: 74 Años**

Id: 229791

Fecha de grabación: 3-Sep-2025 07:30

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO **H, 74 Años (21-Ago-1951)**

Identificación: CC 5145708 **DELUQUE BRITO TOMAS CAYETANO**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 45.0 Kgs., Talla: 176 cms., IMC: 14.53 Delgadez , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: 25.78 mL/min (Valor creatinina=1.60 mg/dL --> Clasificación: ESTADIO 4), Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS
SE ASCULTA RONCUS Y SIBILANCIAS EN VIAS RESPIRATORIAS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

SEGUEINTO DE CU ARO DE BROQUITIS CRONICA

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SE REMITE PARA VALOARCION POR MEDIICNA INTERNA

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-106148
Principal de consulta: [J42X] BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA
Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [K30X] Dispepsia funcional
Relacionado a la consulta: [R060] DISNEA

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

Remitido a: MEDICINA INTERNA / CAJACOPI

Orden médica: 440900022701-OMED-89581, 3-Sep-2025

- ACIDO FOLICO TABLETA 1 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días

- CLORFENIRAMINA JARABE 2 MG / 5 ML, JARABE, #1, ORAL, 10 CC CADA 12 HORAS

- PREDNISOLONA TABLETA 5 MG, TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 2 Cada 1 días

Orden médica: 440900022701-OMED-89582, 3-Sep-2025

- ALBENDAZOL TABLETA 200 MG, TABLETA CON O SIN RE, #4, ORAL, 2 Cada 7 días

- ALUMINIO HIDROXIDO 4% + MAGNESIO 4% + SIMETICONA 0.4% SUSP 360 ML, SUSPENSIÓN ORAL, #1, ORAL, 10 CC CADA 8 HORAS

Documento de venta asociado

ORDS-106148
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

PROFESIONAL: [1001] MÉD- RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC *84035618 - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y* DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

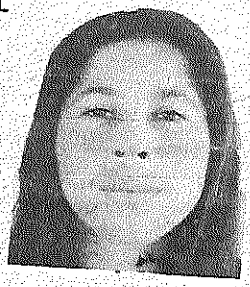
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.969.682

DE LUQUE VANEGAS
APELLIDOS

CARMELA YOLET
NOMBRES

Carmela Deluque
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1979
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-JUN-1997 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1800500-68147004-F-0025969682-20070323 02757 07082N 02 204558734

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Gabriella Valentina Redondo G.			R.C	1.123.420.536	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
27/04/2023	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
2	Hombre		Nueva EPS	-Retraso Psicomotor -Microcefalia Dismorfias faciales -Parálisis Cerebral espástica	
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física, Intelectual - Multiple	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		CL 6 # 4 - 10	
Barrio / Vereda		El Peru	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO ✓	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género			Femenino ✓ Masculino

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Maria Jose Gonzalez R.	CC ✓	CE	PP	1.123.411.108
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			CL 6 # 4 - 10
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3043771464				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No		

5.925

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
ORIGINAL CON VALIDEZ
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE NACIMIENTO
Número N 2936608

NUIP 1.123.420.535

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PEDONDO GONZALEZ CARPINELLA VALENTINA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2023 | Mes MARZO | Día 27 | FEMENINO | O+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA LA GUAJIRA RIOHACHA

Fecha de inscripción (Mes en letras) | Indicativo serial
Año 2023 | Mes MARZO | Día 11 | 00611900033

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
GONZALEZ REDONDO MARIA JOSE

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.411.108 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PEDONDO MURGAS NICOLL JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.410.232 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PEDONDO MURGAS NICOLL JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.410.232

Espacio para notas
VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES.

Datos de la oficina donde reposa el certificado
País - Departamento - Municipio
COLOMBIA LA GUAJIRA DIBULLA

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2023 | Mes MARZO | Día 11

Adhesivo Copia Registro Civil

Nombre y firma del funcionario
HAROLD WILSON PEÑALOZA VANEGAS
Registrador del Estado Civil

3.926

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
GABRIELLA	VALENTINA	REDONDO	GONZALEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1123420536

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	6	27

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

c. CATEGORIA 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	

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3 b799.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d710.3 d810.4 d880.4

S-928

REVISION POR SISTEMAS

EXÁMEN FÍSICO

IGNOS VITALES

TENSIÓN ARTERIAL	80/50	FREC. CARDÍACA	100	FREC. RESPIRATORIA	20
PULSO	100	PESO (Kgs)	9.250	TALLA (cms)	84
IMC	13.109	Perímetro Cefálico	45		

NSPECCIÓN FÍSICA

Tórax	TORAX NORMAL, SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONETICOS SIN SOPLOS, PULMONES MURMULLO VESICULAR AUDIBLE SIN AGREGADOS
Cabeza y cuello	MICROCEFALIA PC 45 CM
Asp General	BUENAS CONDICONES CLINICAS
Genitourinario	NO EXPLORADO
Extremidades	ESPASTICIDAD EN LAS 4 EXTREMIDADES
Abdomen	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALSIS POSITIVA, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
Neurológico	SECUELAS NEUROLOGICAS Y MOTORAS POR PCI

DIAGNÓSTICOS

Fecha	Diagnóstico	Tipo
30/09/2025	[Diagnóstico principal] G800.Paralisis cerebral espastica cuadriplejica	1 - IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
30/09/2025	PRESCOLAR DE 2 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES DE RETRASO PSICOMOTOR , MICROCEFALIA DISMORFIAS FACIALES. NIEGA CRISIS CONVULSIVAS. ESTA EN CONTROL POR NEUROLOGIA PEDIATRICA RECIBE TERAPIAS INTEGRALES PTE CON SECUELAS NEUROLOGICAS Y MOTORAS POR ASFIXIA PERINATAL, TIENE DESNUTRICION SECUNDARIA A SU PATOLOGIA NEUROLOGICA REQUIERE MANEJO MULTIDISCIPLINARIOS GMFCS NIVEL III NO SE SIENTA,NO GATEA, RETRASO EN LA ADQUISICION DEL LENGUAJE NO CAMINA, NO TIENE CONTROL DE ESFINTERES . ACUDE A CONTROL RECIBE TERAPIAS INTEGRALES REFIERE LA MADRE VERLA MEJOR, HA GANADO PESO CON RESPECTO EL CONTROL ANTERIOR TIENE TUMEFACCION EN PARPADO IZQUIERDO SE INDICA TRATAMIENTO CON TOBRAMICINA ADEMAS SE INDICA USO DE PAÑALES PERMANENTES PARA GARANTIZAR SU CUIDADO. VALORACION POR ORTOPEDIA INFANTIL PLAN: TOBRAMICINA GOTAS OFTALMICAS SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA PEDIATRICA SS VALORACION POR ORTOPEDIA INFANTIL PAÑALES WINNY ETAPA 3 # 270 PAÑALES MIPRES # SOLICITUD - 20250930158002299214 USO: 3 PAÑALES POR DIA POR 3 MESES CITA EN 3 MESES

PLAN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Fecha	Medicamento	Cantidad	Posología
30/09/2025	TOBRAMICINA 0.3% / 5 ML GOTAS OFTÁLMICO	1 GOTAS	

PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA ATENCION	MARIO JOS ESTRADA FRAGOZO	C.C.1118804326	R.M. :	1118804326	FIRMA

5.930

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.411.108
GONZALEZ REDONDO
APELLIDOS
MARIA JOSE
NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1994
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-SEP-2012 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01319342-F 1123411108-20220920 0085895402G 2 8505228460

...RO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION
...L SEDE MINGUEO

...94134-1

...RESA : IFS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

ORDEN MEDICA Nro. 274959

Fecha de impresión del documento: 30/09/2025 11:13

IDENTIFICACIÓN
RC. 1123420536

NOMBRES Y APELLIDOS
GABRIELLA VALENTINA REDONDO

EDAD
2 AÑOS, 5 MESES, 3 DIAS

SEXO
FEMENINO

TELÉFONO
3005061180

DIRECCION
Calle 6# 4-10 Barrio el peru

REGIMEN
SUBSIDIADO

EPS
NUEVA EPS

FECHA DE ORDEN
30/09/2025

PATOLOGIA
G800 - Paralisis cerebral espastica cuadriplejica - - -

CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES
890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	

MARIO JOS ESTRADA FRAGOZOR.M.: 1118804326
FIRMA ESPECIALISTA DE PEDIATRIA

FUNDACIÓN FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Wilber Benavides Lopez Barros			C. C	17808.303	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
01 Febrero 1959	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
66 años	Hombre	✓	Nueva E.P.S	parkinson	DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla	
Dirección de vivienda:		Calle 7 # 6-70		
Barrio / Vereda		B. El Peru		
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO ✓	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género		Femenino		
		Masculino ✓		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Teresa de Jesus Arevalo Redondo	CC	CE	PP	36.536.655
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Esposa	Esposa			Calle 7. 6-20
Teléfono fijo / Celular		**Correo electrónico**		
3016269891 - 3016264647				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
			Mañana
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

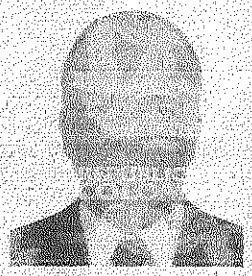
5 932

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 17.808.303
LOPEZ BARROS

APELLIDOS
WILBER BENAVIDES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1959
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

08-NOV-1977 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4800500-01033562-M-0017808303-20180824 0062392416A 1 50487723

5933

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
WILBER	BENAVIDES	LOPEZ	BARROS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 17808303

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
centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S	2024	12	6

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901221205

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	75.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	78.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b134.3 b1470.3 b7800.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d920.4 d940.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
EDIANIS LISBETH ACOSTA CAMPO	Fisioterapia	CC-1121328539
WESLY PLATA SIERRA	Medicina	CC-1121329589
CARLA CELINA MEZA CONTRERAS	Psicología	CC-1121338875

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.

MEDICSAS
Nit: 900613066
Direccion: Calle 20ª # 7h - 184, Riohacha, La Guajira

Fecha de atención: marzo 19 2024

CONTROL - CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

NOMBRE: WILBER BENAVIDES LOPEZ BARROS
IDENTIFICACIÓN: 17808303
REGIMEN:
TELEFONO: 3016269891 - 3016264647
MUNICIPIO: DIBULLA

TIPO IDENTIFICACIÓN:
EPS: NUEVA EPS
EDAD: 65 años 1 meses
DIRECCION: CLL 7 N. 6 - 20

GENERALIDADES DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA: VALORACION MEDICA

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO 65 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE PARKINSON (2020), PACIENTE EN COMPAÑIA DE ESPOSA (TERESA AREVALO). PACIENTE EN SEGUIMIUENTO CON NEUROLOGIA, QUIEN INDICA ATENCION DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA. EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE Y VIA ORAL, AFEBRIL, HIDRATADO, AL EXAMEN FISICO BRADICINECIA. NIEGA SINTOMAS AGUDOS. NIEG

ANTECEDENTES PERSONALES:
PATOLOGICOS: PARKIRSON
HOSPITALIZADO: NIEGA
QX: HERNIA UMBILICAL O INGUINAL (21/02/024), POPILOS CUERVAS VOCALES (>20 AÑOS), REDUCCION CERRADA DE TIBIA Y PERONE DERECHA, LITOTRICCIA RENAL BILATERAL.
TRANSFUSIONES: NIEGA
ALERGICAS: NIEGA
VACUNAS: 3 DOSIS COVID.

CAUSA EXTERNA: OTRA

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES: NO
HIPERTENSIÓN: NO
SÍNDROME CONVULSIVO: NO
MALFORMACIONES: NO
CANCER: SI
OTROS: CANCER: HERMANA CANCER DE MAMA.

ANTECEDENTES PERSONALES

ENF. TROMBOTICA: NO
CONVULSIONES: NO
DIABETES: NO
VALVULOPATIAS: NO
ENF. HEPÁTICA: NO
CEFALEA: NO
HIPERTENSIÓN: NO
PATOLOGÍA MAMARIA: NO

OTROS: PARKINSON (2020)

HABITOS

ALCOHOL: NO
CIGARRILLO/ ABACO: NO
DROGAS: NO
OTROS:

REVISION POR SISTEMAS

Fecha de atención: marzo 19 2024

CERTIFICACIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL

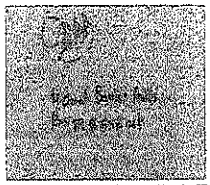
Que el paciente WILBER BENAVIDES LOPEZ BARROS de 65 años de edad, identificado con CEDULA DE CIUDADANIA N.17808303 tiene como diagnósticos: ENFERMEDAD DE PARKINSON, TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS], .

Que al paciente en mención le fue aplicado el ÍNDICE DE BARTHEL dando como resultado de 60 puntos DEPENDENCIA LEVE,

Que dichos diagnósticos le generaron al paciente efectos, consecuencias y/o secuelas a nivel CARDIOVASCULAR, TRASTORNO DE LA PIEL, DEL COMPORTAMIENTO, que lo llevaron a necesitar de ayuda por un tercero para la realización de las siguientes actividades: ALIMENTACION, ACTIVIDADES EN BAÑO, VESTIRSE / DESVESTIRSE, ASEO PERSONAL, MANEJO DE INODORO O RETRETE, TRASLADO SILLA - CAMA, SUBIR O BAJAR ESCALONES, MICCION - CONTROL VESICAL, DEPOSICIONES - CONTROL ANAL, DEAMBULACION - TRASLADO - ACOMPAÑAMIENTO.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se certifica que el/la paciente presenta una dependencia funcional LEVE.

Para constancia,



MICHEEL BARRIOS ANILLO
MEDICO GENERAL
RM: 1118858018

Fecha de atención: marzo 19 2024

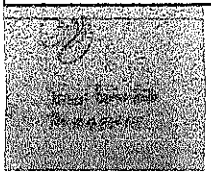
PACIENTE

NOMBRE: WILBER BENAVIDES LOPEZ BARROS
IDENTIFICACIÓN: 17808303
Puntaje: 60

TIPO IDENTIFICACIÓN:
EDAD: 65 años 1 meses

Índice Barthel

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	Dependiente	0
	~~Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.~~	5
	Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entrela silla y la cama	Dependiente, no se mantiene sentado	0
	Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	~~Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)~~	10
	Independiente	15
Aseo personal	Dependiente	0
	~~Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse~~	5
Uso del retrete	Dependiente	0
	~~Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo~~	5
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	Dependiente	0
	~~Independiente para bañarse o ducharse~~	5
Desplazarse	Inmóvil	0
	Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	~~Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)~~	10
	Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajarescaleras	dependiente	0
	~~Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta~~	5
	Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	~~Dependiente~~	0
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	Accidente excepcional (uno/semana)	5
	~~Continente~~	10
Control de orina	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	~~Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)~~	5
	Continente durante al menos 7 días,	10



MEDICSAS
Nit: 900613066
Direccion: Calle 20ª # 7h - 184, Riohacha, La Guajira

3. SISTEMA CARDIOVASCULAR: NIEGA

4. SISTEMA GASTROINTESTINAL NIEGA

5. SISTEMA GENITOURINARIO NIEGA

6. SISTEMA ENDOCRINO: NIEGA

7. SISTEMA NEUROLOGICO: NIEGA

SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL: 120/80 Mm hg
FR: 14
TALLA: 172
P. CEFÁLICO:
P. BRAQUIAL

FC: 76
TEMPERATURA: 36.3
PESO: 76
P. ABDOMINAL: 92
I.M.C: 25.689561925365066

EXAMEN FÍSICO

1. ASPECTO GENERAL: NORMAL

2. ESTADO EN EL QUE LLEGÓ: CONCIENTE

3. CABEZA: NORMAL

4. AGUDEZA VISUAL: NORMAL

5. CUELLO: NORMAL

6. TORAX: NORMAL

7. ABDOMEN: NORMAL

8. GENITOURINARIO: NORMAL

9. OSTEOMUSCULAR: NORMAL

10. PIEL Y FAERAZ: NORMAL

11. NEUROLÓGICO: NORMAL

IMPRESION DIAGNOSTICA

#	CIE10	DESCRIPCIÓN	CLASE DIAGNOSTICO
1	G20	ENFERMEDAD DE PARKINSON	Diagnostico Principal
2	G470	TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS]	Diagnostico Principal

PLAN

DESCRIPCIÓN DEL PLAN: -SE SOLICITAN TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS #12 AL MES POR 3 MESES

AMANTADINA 100MG TABLETA, TOMAR VO CADA 12H
QUETIAPINA 25MG TABLETA CADA 24H
SAFINAMIDA 50 MG TABLETA, CADA 12H

OBSERVACIONES:

3.940

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Wilmer Enrique Arrieta			C.C	12.631.916	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
16 Nov	Barranquilla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
54	Hombre	✓	Copia	Polio	
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		Kra 11 # 4-81	
Barrio / Vereda		Villa Vista	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ —	NO	¿Cuál? Afro colombiano
Género		Femenino	
		Masculino ✓	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Wilmer Enrique Arrieta	CC	CE	PP	12.631.916
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3137024061				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.631.916
CARABALLO MEZA

APELLIDOS
WILMER ENRIQUE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1974
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

07-ABR-1995 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0350100-10266530-M-0012631916-20091228 0019380153A 1 3280110287

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
WILMER	ENRIQUE	CARABALLO	MEZA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 12631916

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2023	3	23

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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	8.33
Movilidad	85.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	31.25
Participación	65.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b770.4 b780.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s798.378 s799.378

3. Codigos Actividades y Participación

d175.1 d4154.4 d4600.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

3 944

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÙS DE ÀVILA

NIT 825.001.037-1

Calle 6 Vía a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: gerencia@esehospitalsantateresadibulla.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

440900022701 - ORDS - 84719

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. CC 12631916

FECHA DE REMISION 25-Abr-2025 11:09 am

NOMBRE DEL PACIENTE CARABALLO MEZA WILMER ENRIQUE

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

EDAD	SEXO M	SEXO F
50 Años		X

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [44] — MUNICIPIO: DIBULLA [090]

CLE 6 NRO 6-34 DIBULLA (DIRECCION) — 3136503385 (TELEFONO) — Peru (BARRIO / VEREDA)

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO — DIRECCION — TELEFONO — CIUDAD / BARRIO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

CAJACOPI (NOMBRE) — CCF055 (CODIGO) — NIVEL INST. [1 X] [2] [3] — ORTOPEDIA (SERVICIO A DONDE SE REMITE)

IMPRESION DIAGNOSTICA

SECUELAS DE POLIOMIELITIS CODIGO: [B91X]

TIPO DX: Confirmado repetido

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

VALORACION POR CUARO DE SECUELA DE POLIOMIELITIS

INSTITUCIÓN QUE REMITE

440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MED- RODOLFO HERNANDEZ Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA : SI [1] NO [2] — Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO :

CODIGO

NIVEL DIAG. 1 2 3

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2]

FECHA MUERTE (Mes Día Año Hora) A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO: MD [1] QX [2] MD - QX [3]

Dx Intervención Quirurgica:

CODIGO INTERVENCION

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA 1 2 3

INSTITUCION QUE RESPONDE

CODIGO INST.

NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE — FIRMA — FECHA RESPUESTA (Mes Día Año)

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

Viernes, 25-Abr-2025

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 12631916 **CARABALLO MEZA WILMER ENRIQUE** **M, 50 Años (16-Nov-1974)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Residencia: CLE 6 NRO 6-34 DIBULLA - Teléfono: 3136503385 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Peru (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 25-Abr-2025 10:58 am: 50 Años
Id: 133108

***

MOTIVO DE CONSULTA

DOLRO EN MIMBRO INFERIORES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POLIOMIELITIS ALSO 5 AÑO DE DAD QUE EVOLUCIONA CON DEFORMIDAD EN ARTICULACIONE DE AMBOS MIEMBRO INFERIORES Y LMITACION A LA MOVILIDAD
ACTUNLAMNET REFIERE DOLRO EN REGION DORSO LUMBAR RODILLAS Y PIE IZQUIERDO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

POLIOMIELITIS

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

CORRECIOND DE PIE EQUINO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

NIEGA ANTECEDENTES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

NIEGA ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL.

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE ÁVILA

****Evolución del 25-Abr-2025 10:58 am: 50 Años**
Id: 184145

Fecha de grabación: 25-Abr-2025 11:10 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 58.0 Kgs., Talla: 157 cms., IMC: 23.53 Peso Normal , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

3-946

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 12631916 **CARABALLO MEZA WILMER ENRIQUE** **H, 50 Años (16-Nov-1974)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

ETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

PRESENTA DEFORMIDAD EN ARTICULACIONE DE AMBOS MIEMBRO INFERIORES DE PREDOMINIO EN RODILLA Y ARTEJOS DE AMBOS PIES QUE LMITAN LA MOVILIDAD

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

SEGUEINTO D E CUARO DE SECUEAL DE POLIOMIELITIS

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SE REMITE PARA VALORACION POR ORTOPEIA CON REPORTE DE RX SOLICICTADOS

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-84719
Principal de consulta: [B91X] SECUELAS DE POLIOMIELITIS - Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [H103] CONJUNTIVITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
Relacionado a la consulta: [M796] DOLOR EN MIEMBRO

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

Remitido a: ORTOPEDIA / CAJACOPI

Orden médica: 440900022701-OMED-66787, 25-Abr-2025

- METOCARBAMOL TABLETA 750 MG, TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 8 horas

- NAPROXENO TABLETA 500 MG, TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 8 horas

- TIAMINA TABLETA Ó CÁPSULA 300 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días

Orden médica: 440900022701-OMED-66788, 25-Abr-2025

- ACIDO FOLICO TABLETA 1 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días

- BETAMETASONA (FOSFATO DISODICO) SOLUCIÓN INYECTABLE 4 MG /, SOLUCION INYECTABLE, #2, I.M., 1 Cada 15 días

- NEOMICINA (SULFATO) + POLIMIXINA B SOLUCIÓN OFTÁLMICA ,3-,5, SOLUCION OFTALMICA, #1, OFTALMICA, 1 GOTA Cada 8 horas

Orden médica: 440900022701-OMED-66789, 25-Abr-2025

- RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL

- RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR) +

Documento de venta asociado

ORDS-84719
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Registro: 84035618 -
Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

3947

Sisbén

Fecha de consulta: 23/09/2022

Ficha: 44090060520100002322

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **WILMER ENRIQUE**

Apellidos: **CARABALLO MEZA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **12631916**

Municipio: **Dibulla**

Departamento: **La Guajira**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/06/2022

Última actualización ciudadano: 07/06/2022

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **OSCARY REDONDO PIMIENTA**

Dirección: **Calle 6 No 3 - 36**

Teléfono: **7200315 - 3126402360**

Correo Electrónico: **oscaryr23@yahoo.es**

5948



12.621.816
CARABALLO MEZA

WILMER ENRIQUE



FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1974
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-ABR-1995 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

3-949

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
WILMER	ENRIQUE	CARABALLO	MEZA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 12831916

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2023	3	23

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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	8.33
Movilidad	85.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	31.25
Participación	65.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b770.4 b780.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s798.378 s799.378

3. Codigos Actividades y Participación

d175.1 d4154.4 d4600.3

3 950

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
WILMER	ENRIQUE	CARABALLO	MEZA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	HATONUEVO

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: 12631916

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
centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S	2023	10	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901221205

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	65.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	65.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2801.3 b710.2 b715.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s7400.372 s750.372 s7502.372

3. Codigos Actividades y Participación

d850.2 d879.3 d940.3

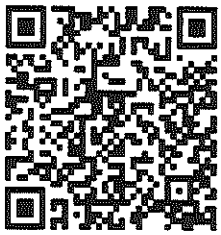
5 951

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SIXTA MARGARITA LOPEZ DURAN	Psicología	CC-1119817876
WESLY PLATA SIERRA	Medicina	CC-1121329589
YOBANA PATRICIA HERNANDEZ CARRILLO	Terapia ocupacional	CC-26988872



3-952

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÙS DE ÀVILA

NIT 825.001.037-1

Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: gerencia@esehospitalsantateresadibulla.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

440900022701 - ORDS - 84719

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. CC 12631916

FECHA DE REMISION 25-Abr-2025 11:09 am

NOMBRE DEL PACIENTE CARABALLO MEZA WILMER ENRIQUE

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

EDAD	SEXO M	SEXO F
50 Años		X

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [44] — MUNICIPIO: DIBULLA [090]

CLE 6 NRO 6-34 DIBULLA (DIRECCION) — 3136503385 (TELEFONO) — Peru (BARRIO / VEREDA)

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO — DIRECCION — TELEFONO — CIUDAD / BARRIO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

CAJACOPI (NOMBRE) — CCF055 (CODIGO) — NIVEL INST. [1 X] [2] [3] — ORTOPEDIA (SERVICIO A DONDE SE REMITE)

IMPRESION DIAGNOSTICA

SECUELAS DE POLIOMIELITIS CODIGO: [B91X]

TIPO DX: Confirmado repetido

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

VALORACION POR CUARO DE SECUELA DE POLIOMIELITIS

INSTITUCIÓN QUE REMITE

440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MED- RODOLFO HERNANDEZ Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA : SI [1] NO [2] — Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO :

CODIGO — NIVEL DIAG. 1 2 3

PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2]

FECHA MUERTE Mes Día Año Hora — A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO — MD [1] QX [2] MD - QX [3]

Dx Intervención Quirurgica:

CODIGO INTERVENCION

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA 1 2 3

INSTITUCION QUE RESPONDE

CODIGO INST.

NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE — FIRMA — FECHA RESPUESTA Mes Día Año

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

S-953

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 12631916 **CARABALLO MEZA WILMER ENRIQUE** **M, 50 Años (16-Nov-1974)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Residencia: CLE 6 NRO 6-34 DIBULLA - Teléfono: 3136503385 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Peru (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 25-Abr-2025 10:58 am: 50 Años

Id: 133108

***

MOTIVO DE CONSULTA

DOLRO EN MIMBRO INFERIORES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POLIOMIELITIS ALSO 5 AÑO DE DAD QUE EVOLUCIONA CON DEFORMIDAD EN ARTICULACIONE DE AMBOS MIEMBRO INFERIORES Y LMITACION A LA MOVILIDAD
ACTUNLAMNET REFIERE DOLRO EN REGION DORSO LUMBAR RODILLAS Y PIE IZQUIERDO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

POLIOMIELITIS

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

CORRECIOND DE PIE EQUINO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

NIEGA ANTECEDENTES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

NIEGA ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL.

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE ÁVILA

***Evolución del 25-Abr-2025 10:58 am: 50 Años**

Id: 184145

Fecha de grabación: 25-Abr-2025 11:10 am

EXÁMEN FÍSICO

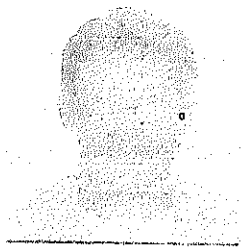
Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0°C, Peso: 58.0 Kgs., Talla: 157 cms., IMC: 23.53 Peso Normal , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

3 958

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

12.631.916
CARABALLO MEZA

WILMER ENRIQUE



FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1974
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
07-ABR-1995 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0330100-00206530-M-0012631916-20091228 0019380153A 1 9280110287



FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Xenia Patricia Lopez Delgadillo			CC	39143050	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
03-09-1983.	Pueblo viejo.		Magdalena	Pueblo viejo	Colombia.
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
42 Años	Hombre		Nueva Eps.	Epilepsia y Sindrome epilepticos idiopaticos relacionados con localizaciones.	
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica.	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira.	Dibulla.
Dirección de vivienda:		Cll 4	
Barrio / Vereda		La marina	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Desplazamiento
Pertenencia étnica:	SÍ NO ✓	¿Cuál?	
Género	Femenino ✓		
	Masculino		

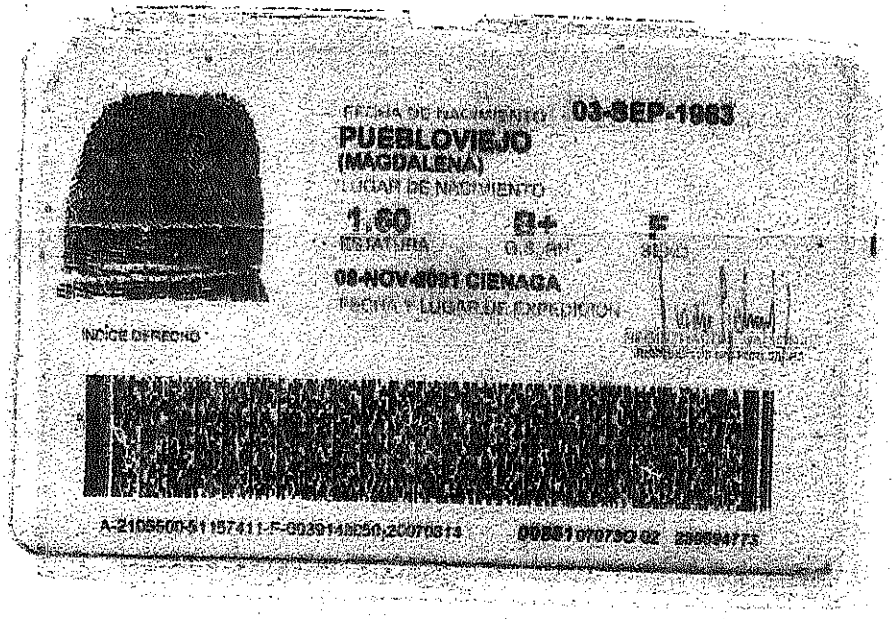
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
	CC	CE	PP	
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3135635075				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No		


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39.143.050
LOPEZ DELGADILLO
XENIA PATRICIA


FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1963
PUEBLOVIEJO
(MAGDALENA)
1.60
O+
08-NOV-2011 CIENAGA
INDICE DERECHO

3962

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
XENIA	PATRICIA	LOPEZ	DELGADILLO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 38143050

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	11	29

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901010389

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	41.67
Movilidad	5.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	65.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b330.3 b399.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.4 d879.2 d920.3

Desarrollado por: AdA Consultores http://www.adaconsultores.net

3.964

Sede: STA MARTA SUB NEPS

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre	XENIA PATRICIA LOPEZ DELGADILLO	Documento de identificación:	39143050
Fecha de Nacimiento:	03/09/1983	Edad:	37 Anos
Municipio de origen:	PUEBLOVIEJO	Municipio de Residencia:	PUEBLOVIEJO
Estado Civil:	Soltero	Estrato:	1
Escolaridad:	NO DEFINIDO	Ocupacion:	No Aplica
Etnia:	ROM(GITANO)	Discapacidad:	Sin Discapacidades
Desplazado:	No	Familias en Acción:	No
Dirección:	CL 6 NRO 7 19 BR SAN JOSE	Telefono:	322-6336
Sexo:	FEMENINO	Religión:	Catolica
Celular:	(302) 328-3863	Correo electrónico:	NOTIENE@HOTMAIL.COM

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS

ANTECEDENTES ALERGICOS

ANTECEDENTES FAMILIARES

IDENTIFICACION DE RIESGOS ESPECIFICOS

Sintomático respiratorio: NO

Profesional : RITA CECILIA BADO GOMEZ Registro: 294 Fecha : 30/07/2020

Mujer o menor víctima del maltrato: NO

Profesional : RITA CECILIA BADO GOMEZ Registro: 294 Fecha : 30/07/2020

Víctima de violencia sexual: NO

Profesional : RITA CECILIA BADO GOMEZ Registro: 294 Fecha : 30/07/2020

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

G: 0 P: 0 V: 0 C: 0 A: 0 V: 0 M: 0

Menarca:	**Edad inicio menarca 10 Años**	Menopausia:	**Negativo**
	Negativo		
F.U.M:		F.U.P:	
Ultima Citologia:		Resultado:	
Relaciones Sexuales:			
Ciclos Menstruales:			
Actividad Sexual:			
Metodo de Planificacion:			
Patologías relacionadas con Embarazo y/o Parto:			
Histerectomia			

Personalizado por AQA Consultores http://www.aqaconsultores.net

3.965

Sede: STA MARTA SUB NEPS

ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

ATENCION CONSULTA EXTERNA # 1 - #Interno:6069159442 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : JEAN CARLOS MONSALVO GUTIERREZ Registro: 4507 Fecha : 30/07/2020 07:16 Sede : UT SEDE SANTA MARTA

Especialidad : NEUROLOGIA

Motivo de Consulta: **CONTROL**
ANT PERSONALES . EPILEPSIA REFRACTARIA

Enfermedad Actual: **POR CONTIGENCIA SE REALIZA TELE CONSULTA, REFIERE CONTROL DE CONVULSIONES , TOLERA MEDICACION RXS. DUERME BIEN**

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

Piel y Anexos:	**No refiere**
Ojos:	**No refiere**
Orl:	**No refiere**
Cuello:	**No refiere**
Cardiovascular:	**No refiere**
Pulmonar:	**No refiere**
Digestivo:	**No refiere**
Genital/Urinario:	**No refiere**
Musc. Esqueltico:	**No refiere**
Neurologico:	**No refiere**
Otros:	**No refiere**

SIGNOS VITALES

T.A: Pulso: **0** F.R: **0** Temperatura: **0** Peso: **0 Kg** Talla: **0** Indice de Masa:

Circunferencia Abdominal (Cms): **Negativo**

Cond. Generales:	**Normal**
Cabeza:	**Normal**
Ojos:	**Normal**
Oidos:	**Normal**
Nariz:	**Normal**
Orofaringe:	**Normal**
Cuello:	**Normal**
Dorso:	**Normal**
Mamas:	**Normal**
Cardíaco:	**Normal**
Pulmonar:	**Normal**
Abdomen:	**Normal**
Genitales:	**Normal**
Extremidades:	**Normal**
Neurologico:	**No EVALUABLE**
Otros:	**Normal**

Desarrollado por AQUA Consultores http://www.aquaconsultores.net

3.96

Sede: STA MARTA SUB NEPS

ATENCION CONSULTA EXTERNA (Medica) - Control # 1 de consulta del : 30/07/2020 // Entidad: NUEVA E.P.S // Atención

Profesional : JEAN CARLOS MONSALVO GUTIERREZ Registro: 4507 Fecha : 20/10/2020 08:52

Especialidad : NEUROLOGIA

DIAGNOSTICO CONTROL

Profesional : JEAN CARLOS MONSALVO GUTIERREZ Registro: 4507 Fecha : 20/10/2020 08:52

* Dx.Ppal: **G400 EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES DE INICIO LOCALIZADO**

Tipo Diagnóstico: **Confirmado repetido**
Finalidad Consulta: **No Aplica**
Causa Externa: **Enfermedad General**

RESUMEN Y COMENTARIOS

TELE CONSULTA
REFIERE PACIENTE, SENTIRSE BIEN , TOLERA MEDICACION EN 2 OCASIONES TCG POR SUPRESION
NEUROLOGIA SIN CAMBIOS
IDX . EPILEPSIA REFRACTARIA
KEPPRA(LEVETIRACETAM) 1000 MG C/ 12HRS VO
LAMOTRIGINA 100 MG C/ 12HRS VO
CONTROL EN 3 MESES

CONTROL CONSULTA (MEDICAMENTOS)

Medicamento: **LAMOTRIGINA 100MG - TRATAMIENTO DE EPILEPSIA REFRACTARIA TABLETA DISPERSABLE**
Cantidad: **60**
Dosificacion: **TOMAR 1TAB C/ 12HRS VO**
Enviado por Profesional : JEAN CARLOS MONSALVO GUTIERREZ Registro: 4507 Fecha : 20/10/2020 08:52

Medicamento: **LAMOTRIGINA 100MG - TRATAMIENTO DE EPILEPSIA REFRACTARIA TABLETA DISPERSABLE**
Cantidad: **60**
Dosificacion: **TOMAR 1TAB C/ 12HRS VO**
Enviado por Profesional : JEAN CARLOS MONSALVO GUTIERREZ Registro: 4507 Fecha : 20/10/2020 08:52
Fecha O. Medicamento : 20/11/2020 Post Fechado

Medicamento: **LAMOTRIGINA 100MG - TRATAMIENTO DE EPILEPSIA REFRACTARIA TABLETA DISPERSABLE**
Cantidad: **60**
Dosificacion: **TOMAR 1TAB C/ 12HRS VO**
Enviado por Profesional : JEAN CARLOS MONSALVO GUTIERREZ Registro: 4507 Fecha : 20/10/2020 08:52
Fecha O. Medicamento : 20/12/2020 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVETIRACETAM 1000MGÂ (TABLETA) TABLETA**
Cantidad: **60**
Dosificacion: **MARCA KEPPRA TOMAR 1 TAB C/ 12HRS VO**
Enviado por Profesional : JEAN CARLOS MONSALVO GUTIERREZ Registro: 4507 Fecha : 20/10/2020 08:52

Medicamento: **LEVETIRACETAM 1000MGÂ (TABLETA) TABLETA**
Cantidad: **60**
Dosificacion: **MARCA KEPPRA TOMAR 1 TAB C/ 12HRS VO**
Enviado por Profesional : JEAN CARLOS MONSALVO GUTIERREZ Registro: 4507 Fecha : 20/10/2020 08:52
Fecha O. Medicamento : 20/11/2020 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVETIRACETAM 1000MGÂ (TABLETA) TABLETA**

3.962

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.533.425**
VANEGAS REDONDO

APELLIDOS
AVILIO ANTONIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-FEB-1951**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-JUL-1972 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00519829-M-0012533425-20131129 **0036**056031A 1 5020930528



FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jasmin Romero Hyla			a.c	1123414486	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
2 Nov 1997	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
27	Hombre		Nueps	Displacia de cadera Deformidad congenita	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO -	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		Calle 8 # 7 7 8	
Barrio / Vereda			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ NO	¿Cuál? Desplazada
Género		F	**Femenino** / **Masculino**

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Aladeyis Hyla pimienta	CC	CE	PP	26969630
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Madre	Madre			
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3046802841				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
Bachiller			*Mañana*
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

3 920

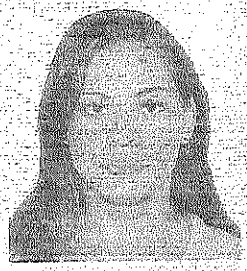
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.414.486

ROMERO MEJIA
APELLIDOS

YASMIN BEATRIZ
NOMBRES

Yasmin Romero
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1997

DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.43 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

15-ENE-2016 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4800500-00791007-F-1123414486-20160219 0048506973A 1 44938664

5971

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
YASMIN	BEATRIZ	ROMERO	MEJIA

1.5 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: 1123414486

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2022	3	12

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

DIBULLA

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		NC	X
Múltiple	SI		NC	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	45.00
Participación	37.50
GLOBAL	32.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b229.3 b729.3 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s740.378 s750.341 s798.278

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 d4600.3 d4602.3

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 1123414486 **ROMERO MEJIA YASMIN BEATRIZ** **M, 27 Años (2-Nov-1997)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS SA Nivel: Nivel 1

****Evolución del 29-Oct-2025 09:22 am: 27 Años**
Id: 259206

Fecha de grabación: 29-Oct-2025 09:30 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 19, Temperatura: 37.0ºC, Peso: 50.9 Kgs., Talla: 145 cms., IMC: 24.21 Peso Normal , Perímetro cefálico: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 100 / 70 (Optima / TA Media: 80), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

ASIMETRICAS, EVIDENCIA DE ACORTAMIENTO DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD QUIEN CURSA CON ANTECEDENTE DE DISPLASIA DE CADERA +ACORTAMIENTO DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, QUIEN ACUDE A CONSULTA POR HISTORIA CLINICA DE PATOLOGIA DE BASE POR LO QUE CONSULTA, ACTUALMENTE EN BUENAS CONDIONES GENERALES CON EVIDENCIA DE DISPLASIA DE CADERA. PACIENTE DOY ALTA MEDICA CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

ALTA MEDICA
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-122583
Principal de consulta: [Q659] DEFORMIDAD CONGENITA DE LA CADERA ESPECIFICADA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

No se hicieron Remisiones

Documento de venta asociado

ORDS-122583
Subsidiado: NUEVA EPS SA
Servicio de ingreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 29.10.2025 08:54:33
Servicio de egreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]

PROFESIONAL: [1014] IVAN DARIO CARO PEREZ - Identificación: CC 757[illegible] - Registro: 7573455 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

3.995

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

25.969.580
ROJA PINILLA VITA

ALADELLIS MARIA





16-NOV-1972

PEREZ

1.65 O+ F





3 979

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Yolmis Margarita Saban Gutierrez			CC	40.924.237	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
30/06/1963	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
62	Hombre		Caja Copi	Espolon Calcaneo	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		CL 2 # 6 - 238	
Barrio / Vereda		La Manga	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO X ¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ	NO X ¿Cuál?
Género			**Femenino** ✓ **Masculino**

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Yolmis Margarita Saban	CC X	CE	PP	40.924.237
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
				CL 2 # 6 - 238
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3184455115				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No.			*Mañana*
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

3 978

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.924.237

SABAN GUTIERREZ
APELLIDOS

YOLMIS MARGARITA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-1963
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

12-OCT-1989 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4600500-68153310-F-0040924237-20070103 0688007002A 02 212100092

3.779

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
YOLMIS	MARGARITA	SABAN	GUTIERREZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 40924237

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	12	6

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901221205

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	45.00
Cuidado Personal	6.25
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	37.50
Participación	40.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.1 b7301.1 b770.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s7502.172 s770.172

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.1 d879.3 d910.2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YURAICA PATRICIA PAREJA CHURIO	Medicina	CC-1065569284
GINA PAOLA HERRERA PEÑALOZA	Psicología	CC-1065834071
ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO	Fonoaudiología	CC-1120746946

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.

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

3 982

Paciente	YOLMIS MARGARITA SABAN GUTIERREZ	**Identificacion**	40924237
Direccion	DIBULLA	**Ciudad**	DIBULLA
Teléfono	3184455115	**Asegurador**	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

Dx Ppal.: M773 ESPOLON CALCANEO

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

CARLOS ANDRES MONTERO MARULANDA

RM RM - 0318

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

FUNDACION FLORECER

3 903

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	YOLMIS MARGARITA SABAN GUTIERREZ	**Identificacion**	40924237
Direccion	DIBULLA	**Ciudad**	DIBULLA
Teléfono	3184455115	**Asegurador**	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

HISTORIA CLÍNICA DE CONTROL MED. ESPECIALIZADA

No.: 5285665 **Edad del paciente:** 60 años 4 meses y 19días **Fecha de la nota:** 18/11/2023 10:22:48 a. m.

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE QUE ASISTE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN TALON IZQ DE VARIOS MESES DE EVOLUCION. TRATADO CON ANALGESICOS SIN MEJORIA. EX FISICO: PRESENCIA DE MARCHA ANTALGICA, DOLOR A LA DIGITOPRESION DE TALON IZQ.USO DE PLANTILLA
SE REALIZO INFILTRACION CON MEJORIA CLINICA
SE INDICA TERAPAI FISICA + AINES + CONTROL EN 2 MESES

Examen Físico

TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA
0

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
0

PESO (kg)
0

TALLA (Cms)
0

F. CARDÍACA (Lat*Min)
0

F. RESPIRATORIA (Res/Min)
0

TEMPERATURA. (°C)
0

CABEZA

OJOS

CUELLO

OTORRINO

ABDOMEN

CARDIOPULMONAR

EXTREMIDADES
DOLOR EN TALON IZQ
S.N.C

GENITOURINARIO

OTROS HALLAZGOS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA ESPOLON

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

PLAN O MANEJO VOM

JUSTIFICACIÓN DOLOR A LA DIGITOPRESION DE TALON IZQ.

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Yon Rafael Perez Lindo			C.C	84078570.	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
11-10-1969			La Guajira		Colombia.

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
56 Años	Hombre	—	Cajacopi.	Epilepsia tipo no especificado.	
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisico.	SÍ —	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla.
Dirección de vivienda:		C 11 5 #2-16	
Barrio / Vereda		Tierra baja	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ — NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazamiento
Pertenencia étnica:		SÍ — NO	¿Cuál? Afro.
Género		Femenino	
		Masculino —	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Odalinda Lindo	CC —	CE	PP	26969514
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre.	Madre.			C 11 5 #2-16.
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3113685478				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

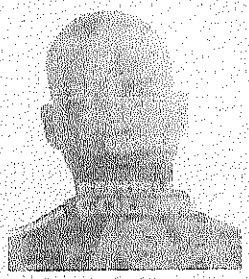
¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No.		

3 955

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 84.078.570
PEREZ LINDO
APELLIDOS
YON RAFAEL
NOMBRES

Yon-Perez L
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1969
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

22-ABR-1991 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4800500-01048838-M-0084076570-20181205 0063394956A 1 47392695

3 986

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
YON	RAFAEL	PEREZ	LINDO

1.5 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: 84078570

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	6	25

2.3 Departamento
LA GUAJIRA

2.4 Municipio
DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	40.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	45.00
Participación	53.13
GLOBAL	23.02

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b7100.3 b7101.3 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s710.170 s730.262 s750.262

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.2 d4154.2 d4600.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
JEHIBER JESUS BOTELLO CONTRERAS	Medicina	CC-1121329018 Jehiber Jesus Botello
ELIBETH CAROLINA VALENCIA MEZA	Terapia ocupacional	CC-1124361343
CAROLINA GOMEZ COTES	Fisioterapia	CC-40847752

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *YON RAFAEL PEREZ LINDO* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Yon. Perez. L 84.078570

Nombre y Firma Documento: CC-84078570

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

NIT 825.001.037-1

Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: gerencia@esehospitalsantateresadibulla.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

5 988

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

440900022701 - ORDS - 112330

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. CC 84078570

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [ ]

FECHA DE REMISION 25-Sep-2025 02:53 pm

NOMBRE DEL PACIENTE PEREZ LINDO YON RAFAEL

EDAD: 55 Años — SEXO: M [ ] X

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [44] — CL 5 DIBULLA — 3113685478 — Tierra Baja

MUNICIPIO: DIBULLA [090] — DIRECCION — TELEFONO — BARRIO / VEREDA

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO — DIRECCION — TELEFONO — CIUDAD / BARRIO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

CAJACOPI — NOMBRE

CCF055 — CODIGO

NIVEL INST. [1 X] [2] [3]

ORTOPEDIA — SERVICIO A DONDE SE REMITE

IMPRESION DIAGNOSTICA

LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL ENCEFALO Y OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CODIGO: TIPO DX: Confirmado repetido

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

VALORACION POR CUADRO DE LUMBAGO

INSTITUCIÓN QUE REMITE

440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MED- RODOLFO HERNANDEZ Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA : SI [1] NO [2] — Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO :

CODIGO

NIVEL DIAG. [1] [2] [3]

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2]

FECHA MUERTE: Mes Día Año Hora — A.M. [ ] P.M. [ ]

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO: MD [1] QX [2] MD - QX [3]

Dx Intervención Quirurgica:

CODIGO INTERVENCION

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA [1] [2] [3]

INSTITUCION QUE RESPONDE

CODIGO INST.

NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE — FIRMA — FECHA RESPUESTA: Mes Día Año

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [ ]

E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 84078570 **PEREZ LINDO YON RAFAEL** **H, 55 Años (11-Oct-1969)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Residencia: CL 5 DIBULLA - Teléfono: 3113685478 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Tierra Baja (Zona Urbana), Comuna: COMUN
Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 25-Sep-2025 02:47 pm: 55 Años
Id: 171836

***

MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR DE ESPALDA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LESION CEREBRAL POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO HACE 30 AÑOS QUE EVOLUCIONA CON EPISODIOS CONVULSIVOS
ACTUALMENTE MANEJADO POR RECOMENDACIÓN DE ESPECIALISTA CON LEVETIRACETAM DE 500 MG CON BUENOS RESULTADOS
REFIERE ADEMAS DOLOR EN REGION LUMBAR IRRADIADAO A MIEMBRO IFERIORES ACOMPAÑADOS DE PARESTESIA Y PERDIDA DE LA FUERSA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIA DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

****Evolución del 25-Sep-2025 02:47 pm: 55 Años**
Id: 238055

Fecha de grabación: 25-Sep-2025 0

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 84078570 **PEREZ LINDO YON RAFAEL** **H, 55 Años (11-Oct-1969)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 80.0 Kgs., Talla: 175 cms., IMC: 26.12 Sobrepeso , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

SEUEIMIEMNTO D E CUARO DE APILEPSIA

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SE REMITE PARA VALORACION POR ORTOPEDIA
SE FOEMULA MEDICAMENTO DE CONTROL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-112330
Principal de consulta: [C728] LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL ENCEFALO Y OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [G409] EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
Relacionado a la consulta: [M544] LUMBAGO CON CIATICA

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

Remitido a: ORTOPEDIA / CAJACOPI

Orden médica: 440900022701-OMED-94189, 25-Sep-2025

- LEVETIRACETAM DE 500 MG, #60, ORAL, 1 Cada 12 horas

Orden médica: 440900022701-OMED-94190, 25-Sep-2025

- ASCORBICO ACIDO TABLETA 500 MG (VITAMINA C), TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 1 días

- METOCARBAMOL TABLETA 750 MG, TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 8 horas

- NAPROXENO TABLETA 500 MG, TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 8 horas

Orden médica: 440900022701-OMED-94191, 25-Sep-2025

- RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Documento de venta asociado

ORDS-112330
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIA DOMICILIARIA

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6ª Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

Jueves,

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 84078570 **PEREZ LINDO YON RAFAEL** **H, 55 Años (11-Oct-1969)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

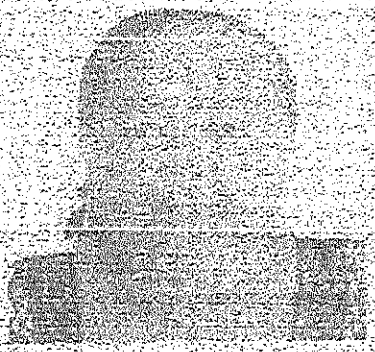
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA



3792

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.969.514
LINDO VANEGAS
APELLIDOS
ODALINDA MERCEDES
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1946
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-DIC-1977 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800500-00951240-F-0026969514-20141205 0041794469A 1 42175012



FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Yoryelis Valentina Gonzales			PP	68 15 717	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
23/05/2013	Venezuela		maracaibo		
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
12	Hombre		Cuda Copi	-Retraso Mental Leve -Sincope y colapso	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Fisical - intelectual - psicosocial			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira		Dibulla	
Dirección de vivienda:		Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento			
Barrio / Vereda					
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ ✓	NO	¿Cuál? Wayuu	
Género				Femenino ✓ Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Yo Banna Marques Julio		CC ✓	CE	PP ✓	56 51762
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
madre	madre				Conuco Principal
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
314 790 0705					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

3995

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6815717

COL

GONZALEZ MARQUEZ
APELLIDOS
YORYELIZ VALENTINA
NOMBRES
VEN F
NACIONALIDAD SEXO
157723052013
CUIPO
23-05-2013
FECHA DE NACIMIENTO
06-04-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



No Firma
FIRMA

E2298218

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6815717<<3<<<<<<<<<<<<<<<
1305230F3105308VENE2298218<<<8
GONZALEZ<MARQUEZ<<YORYELIZ<VAL

3996

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
YORYELIZ	VALENTINA	GONZALEZ	MARQUEZ

1.5 Departamento de Residencia
LA GUAJIRA

1.6 Municipio de Residencia
DIBULLA

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

Número de documento de identidad: 6815717

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	10	2

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
901010389

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
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	54.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	71.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b134.4 b139.3 b540.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s580.276
3. Codigos Actividades y Participación
d640.3 d910.3 d920.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ALBA ANDREA MORA CASTRO	Fonoaudiología	CC-1006888979
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228

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.

IPS SALUD VITAL GUAJIRA SAS
901226064-0
Teléfonos: 3215597843
Dirección: CARRERA 2 N35 - 50 - RIOHACHA

VITAL SALUD

Atención N° 0150455191
6315717
Fecha de Atención: 29/08/2025
Paciente: GONZALEZ MARQUEZ YORVELIZ VALENTINA

HISTORIA CLINICA DE CONTROL PSIQUIATRIA

Datos del afiliado

Identificación:	PT 6815717	**Sexo:** Femenino	**Fecha de Nacimiento:** 23/05/2013	**Edad:** 12 años, 3 meses, 6 días
Departamento:	La Guajira		**Ciudad:** RIOHACHA	
Dirección:	CORREMIENTO DE DIBULLA LA PRINCIPAL			**Zona:** Rural
Ocupación:	No Aplica			**Fecha Registro:** 04/08/2023
Contratante:	CAJACOPI EPS SAS			**Autorizacion:**
Teléfonos:	3147900705		**Plan:** SUB EVENTO SUBSIDIADO	
Grupo Poblacional:	Migratorios			**Especialidad:** Psiquiatría
Profesional:	40945050 - BUENO ORTIZ SARA ESTHER			

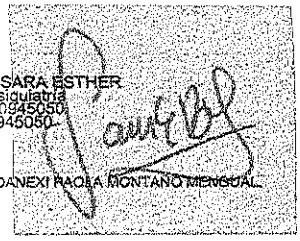
Diagnósticos

Principal [Impresión Diagnóstica]: (F711) RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATA.

EXAMEN MENTAL: MC, VIENE A CONTROL
ENF ACTUAL, FEMENINA DE 12 AÑOS PACIENTE QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE CONVULSIONES ES VALORADA POR NEUROPEDIATRA, Y ENDOCRINOCOLOGIA Y GENETISTA, PERSISTE PROBLEMAS HABLA APRENDIZAJE HABILIDADES ESCOLARES , ESTA EN TERAPIA INTERGRAL PERO LA MADRE NO LE VE AVANCE , INICIA ESCOLARIZACION, ES DESINHIBIDA , INTRUSIVA , IMPULSIVA , NO CONTROLA SUS EMOCIONES , CON MEJOR PATRON DE SUEÑO, HA ESTADO PRESENTADO ESPIONSIO DE SINCOPES , TIENE MANEJOS INTEGRALES VIENE PARA CONTROL

ANALISIS: PACIENTE CON RETARDO MENTAL MODERADO CON AFECTACION DE LA CONDUCTA EN CONTROLES CON GENETISTA, CON REPORTE GENETICO NEGATIVO

PLAN: RISPERIDONA GOTAS 1MG/ML TOMAR 5 GOTAS CADA 12 HORAS A LAS SEMANA 5 GOTAS CADA MAÑANA Y 10 GOTAS CADA NOCHE SI PERSISTE 15 GOTAS CADA NOCHE VIA ORAL POR 120 DIAS
MELATONINA TABLETA 3 MG TOMAR 2 TAB CADA NOCHE VIA ORAL POR 120 DIAS
FLUOXETINA JARABE DAR 3.5 CC LUEGO DE DESAYUNO VO POR 120 DIAS L
CONTINUAR LAS TERAPIA INTEGRAL
CITA EN 4 MESES PSIQUIATRIA



BUENO ORTIZ SARA ESTHER
Especialidad: Psiquiatría
Identificación: 40945050
N° Registro: 40945050

Imprime: DANEXI PAOLA MONTAÑO MENDOZA

GRUPO IMB IPS SAS
901182049-9
Teléfonos: 7272254-3126112626
Dirección: CALLE 11A # 12 - 90 - RIOHACHA

Atención N° 0100142255
6815717
Fecha de Atención: 23/09/2025
Paciente: GONZALEZ MARQUEZ YORYELIZ VALENTINA

EVOLUCION DE MEDICINA ESPECIALIZADA

Genética reporta resultado del exoma variante del gen MECP2 puede estar implicado en síndrome de Rett atípico pendiente pendiente genética.

PLAN DE MANEJO:

Electroencefalograma
Consulta control con genética.
Risperidona gotas 10 gotas mañana y 15 gotas noche.
Terapia ocupacional, psicología, terapia ocupacional terapia física 12 veces al mes por 4 meses total 48 terapias.
Cita agosto del 2025

CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO
Especialidad: Neurología pediatrica
Identificación: 1127961710
N° Registro:

Imprime: YANNELYS ROMERO ORTIZ.

4000

EVOLUCION DE MEDICINA ESPECIALIZADA

Datos del afiliado

Identificación: PT 6815717 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 23/05/2013 **Edad:** 12 años, 4 meses
Departamento: La Guajira **Ciudad:** DIBULLA
Dirección: MUNICIPIO DE DIBULLA **Zona:** Urbana
Ocupación: No Aplica
Contratante: CAJACOPI EPS SAS **Autorizacion:** 4409000052539
Teléfonos: 3147900705, 3247459428 **Plan:** CAJSUB CAJACOPI SUBSIDIADO
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional **Especialidad:** Neurología pediatrica
Profesional: 1127961710 - CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO

Diagnósticos

Principal [Confirmado Repetido]: (F701) RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIEN.
Relacionado [Confirmado Repetido]: (R55X) SINCOPE Y COLAPSO.

ANTECEDENTES

Familiares

FAMILIARES

.- FAMILIARES: No pertinentes

Personales

PERSONALES

.- PERINATALES: II embarazo, no complicado, nace por parto, no patologia neonatal, a los 6 meses dengue, convulsiones febriles relacionadas por fiebre.

ESPECIALIDAD: 18. Neuro Pediatria

FINALIDAD DE LA CONSULTA: 10- No Aplica

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

MOTIVO DE CONSULTA: Control

EVOLUCION (SUBJETIVO): Acude a control neurológico por fallas académicas conductuales hoy con estudios

EXAMEN FISICO

C.C.C: Buenas condiciones generales sin novedad

CARDIOPULMONAR: No pertinentes

ABDOMEN: No pertinentes

GENITO URINARIO: No pertinentes

EXTREMIDADES: No pertinentes

PIEL Y FANERAS: No pertinentes

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: Nervios craneales no alterados Fuerza muscular V/V reflejos II/IV

INTERPRETACION / ANALISIS: Paciente con dificultades escolares Neuropsicología reporta retardo mental moderado julio del 2024. Refiere que ingreso al colegio en fase de adaptación desde julio con conductas agresivas, es ruda impulsiva, iniciando el primer grado, Fue evaluada por psiquiatría agrega a la risperidona indican fluoxetina, usa risperidona de forma alternante. Ha tolerado el menor uso de melatonina logrando mejor sueño. Antecedente de pre-sincope examen de mesa basculante lo reportan negativo pero la madre refiere hipotensión en el último evento. Vista por genética indico pruebas se envía al control. Se ajusta dosis de risperidona. Se solicita nuevo electroencefalograma. Su espectro conductual clinicamente impresiona en espectro autista se espera resultado de las pruebas neuropsicológica.

Electroencefalograma se evalúa trazado el cual se ve normal con artificios técnicos es reportado paroxístico sin embargo no impresiona ello al evaluarlo,

Mesa Basculante hipotensiones

Neuropsicología reporta retardo mental moderado julio del 2024.

CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO
Especialidad: Neurología pediatrica
Identificación: 1127961710
N° Registro:

Imprime: YANNELYS ROMERO ORTIZ.

GRUPO IMB IPS SAS
901182049-9
Teléfonos: 7272254-3126112626
Dirección: CALLE 11A # 12 - 90 - RIOHACHA

Atención N° 0100142255
Fecha de Atención: 23/09/2025

6815717
Paciente: GONZALEZ MARQUEZ YORYELIZ VALENTINA

ORDEN MÉDICA

Datos del afiliado

Identificación: PT 6815717 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 23/05/2013 **Edad:** 12 años, 4 meses
Departamento: La Guajira **Ciudad:** DIBULLA
Dirección: MUNICIPIO DE DIBULLA **Zona:** Urbana
Ocupación: No Aplica
Contratante: CAJACOPI EPS SAS **Autorizacion:** 4409000052539
Teléfonos: 3147900705, 3247459428 **Plan:** CAJSUB CAJACOPI SUBSIDIADO
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional **Especialidad:** Neurología pediatrica
Profesional: 1127961710 - CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO

Diagnósticos

Principal [Confirmado Repetido]: (F701) RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIEN.
Relacionado [Confirmado Repetido]: (R55X) SINCOPE Y COLAPSO.

PROCEDIMIENTOS

Código	Prescripción	Cantidad
891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	1
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD OBSERVACION: 12 veces al mes por 4 meses total 48 terapias	48
937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGIA INTEGRAL SOD OBSERVACION: 12 veces al mes por 4 meses total 48 terapias	48
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL OBSERVACION: 12 veces al mes por 4 meses total 48 terapias	48
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA OBSERVACION: 12 veces al mes por 4 meses total 48 terapias	48

CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO
Especialidad: Neurología pediatrica
Identificación: 1127961710
N° Registro:

Imprime: YANNELYS ROMERO ORTIZ.

GRUPO IMB IPS SAS
901182049-9
Teléfonos: 7272254-3126112626
Dirección: CALLE 11A # 12 - 90 - RIOHACHA

Atención N° 0100142255
Fecha de Atención: 23/09/2025

6815717
Paciente: GONZALEZ MARQUEZ YORYELIZ VALENTINA

ORDEN MÉDICA

Datos del afiliado

Identificación: PT 6815717 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 23/05/2013 **Edad:** 12 años, 4 meses
Departamento: La Guajira **Ciudad:** DIBULLA
Dirección: MUNICIPIO DE DIBULLA **Zona:** Urbana
Ocupación: No Aplica
Contratante: CAJACOPI EPS SAS **Autorizacion:** 4409000052539
Teléfonos: 3147900705, 3247459428 **Plan:** CAJSUB CAJACOPI SUBSIDIADO
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional **Especialidad:** Neurologia pediatrica
Profesional: 1127961710 - CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO

Diagnósticos

Principal [Confirmado Repetido]: (F701) RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIEN.
Relacionado [Confirmado Repetido]: (R55X) SINCOPE Y COLAPSO.

CONSULTAS E INTERCONSULTAS

Código	Prescripción	Cantidad
890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA OBSERVACION: Cita en enero del 2026	1
890448	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA OBSERVACION: Consulta control	1

CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO
Especialidad: Neurologia pediatrica
Identificación: 1127961710
N° Registro:

Imprime: YANNELYS ROMERO ORTIZ.

4603

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5651762

COL

MARQUEZ JULIO
APELLIDOS

YOBANNA KAROLAY
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

25018655
DNI No.

30-09-1994
FECHA DE NACIMIENTO

01-02-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



FIRMA

E0344659

NOTA IMPORTANTE

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5651762<<6<<<<<<<<<<<<<<<
9409307F3105308VENE0344659<<<3
MARQUEZ<JULIO<<YOBANNA<KAROLAY

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Maria del Pilar Alames Chams			CC	1 140 874 794	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
21/11/1985	Maria la baja				Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
39	Hombre		Cajacopi	Sindrome de Down Cardiopatia Congenita	
	Mujer	✓			
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Fisica intelectual mayor			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	la Guajira		Dibulla	
Dirección de vivienda:		Calle B # 8-32			
Barrio / Vereda		El Pilar			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Desplazados
Pertenencia étnica:		SÍ	NO ✗	¿Cuál?	
Género		Femenino ✗			
		Masculino			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Sindi Alames Chams		CC ✓	CE	PP	45 548 477
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Hermana	Hermana				Calle B
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
322 685 8659 - 317 503 7768		Sindilorenaagames@gmail.com			

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

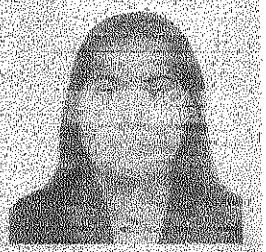
¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

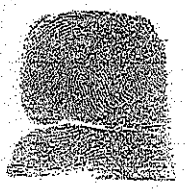
4005

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.140.824.794
AGAMES CHARRIS
APELLIDOS
MARIA DEL PILAR
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1985
MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

03-OCT-2007 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-0300150-00154640-F-1140824794-20090418 0010803334A 1 24691771

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	DEL PILAR	AGAMES	CHARRIS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1140824794

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	6	27

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
901010389

c. CATEGORIA 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	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b139.3 b429.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.378 s499.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.3 d920.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 1140824794 **AGAMES CHARRIS MARIA DEL PILAR** **M, 39 Años (21-Nov-1985)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

SISTEMA GENITO-URINARIO

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVIS

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

****AGUDEZA VISUAL****

AGUDEZA VISUAL

27- Agudeza visual lejana ojo izquierdo: 3 -Menor o igual a 20/20 normal

28- Agudeza visual lejana ojo derecho: 3 -Menor o igual a 20/20 normal

****TODA LA POBLACION****

Toda la población

110- Fecha de toma de tamizaje hepatitis C (1835-01-01=No se realiza por otras razones): 1-Ene-1835 00:00 am

42- Resultado de tamizaje para hepatitis C: 21 -Riesgo no evaluado

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

PACIENTE FEMENINA QUIEN SE VALORA EN ATENCIÓN EXTRAMURAL DE EQUIPOS BASICO EN SALUD DEL MUNICIPIO DE DIBULLA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, TOLERANDO OXÍGENO AMBIENTE Y SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. SE SOLICITA VALORACION CON ODONTOLOGIA, LABORATORIOS (GLUCOSA, HEMOGLOBINA, HDL, LDL, VLDL, TRIGLICERIDOS, CREATININA, PARCIAL DE ORINA).
SE BRINDAN RECOMENDACIONES Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA.
-SE INSTRUYE SOBRE LA IMPORTANCIA DE DISMINUIR LA INGESTA DE SODIO, GRASAS, ALCOHOL AZUCARES REFINADAS, NO FUMAR MEJORAR LA ACTIVIDAD FÍSICA (30 MINUTOS DE CAMINATA DIARIA)
-SE LE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL.
-SE LE BRINDA EDUCACIÓN E IMPORTANCIA DEL USO PRESERVATIVOS.
-SE LE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
-SE INSTRUYE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA INGESTA ADECUADA DE AGUA.
SIGNOS DE ALARMAS PARA ACUDIR A URGENCIAS: (DOLOR TORÁCICO INTENSO IRRADIADO O NO A BRAZO, CARA, EPIGASTRIO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DESMAYO, CIANOSIS PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD O MOVIMIENTOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, LENGUA EMPELOTADA O

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

PARÁLISIS FACIAL, ALTERACIONES DE LA MEMORIA RECIENTE, DIFICULTAD MARCADA PARA RESPIRAR TIRAJES, CIANOSIS, FIEBRE ALTA, CONVULSIONES, VOMITAR TODO LO QUE COME, DIARREA ABUNDANTE).
SE EXPLICA A FAMILIAR Y PACIENTE QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR

CONDUCTA A SEGUIR PLAN DE MANEJO

SS/ VALORACION CON ODONTOLOGIA
SS/CITOLOGIA
SS/ LABORATORIOS (GLUCOSA, HEMOGLOBINA, HDL, LDL, VLDL, TRIGLICERIDOS, CREATININA, PARCIAL DE ORINA).

SE BRINDAN RECOMENDACIONES Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA.
-SE INSTRUYE SOBRE LA IMPORTANCIA DE DISMINUIR LA INGESTA DE SODIO, GRASAS, ALCOHOL AZUCARES REFINADAS, NO FUMAR MEJORAR LA ACTIVIDAD FÍSICA (30 MINUTOS DE CAMINATA DIARIA)
-SE LE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL.
-SE LE BRINDA EDUCACIÓN E IMPORTANCIA DEL USO PRESERVATIVOS.
-SE LE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
-SE INSTRUYE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA INGESTA ADECUADA DE AGUA.
SIGNOS DE ALARMAS PARA ACUDIR A URGENCIAS: (DOLOR TORÁCICO INTENSO IRRADIADO O NO A BRAZO, CARA, EPIGASTRIO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DESMAYO, CIANOSIS PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD O MOVIMIENTOS DE ALGUNA EXTREMIDAD, LENGUA EMPELOTADA O PARÁLISIS FACIAL, ALTERACIONES DE LA MEMORIA RECIENTE, DIFICULTAD MARCADA PARA RESPIRAR TIRAJES, CIANOSIS, FIEBRE ALTA, CONVULSIONES, VOMITAR TODO LO QUE COME, DIARREA ABUNDANTE).
SE EXPLICA A FAMILIAR Y PACIENTE QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

****FECHA PROXIMA CITA****

Fecha próxima cita

Fecha próxima Cita: EN UN MES CON PARACLINICOS

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-48263
Principal de consulta: [Z000] EXAMEN MEDICO GENERAL - Confirmado nuevo

Servicio de egreso: 1406 RUTA DE ADULTEZ 29 A 59 AÑOS (PYM)
En internación

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1140824794 **AGAMES CHARRIS MARIA DEL PILAR** **M, 39 Años (21-Nov-1985)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

No se hicieron Remisiones

Documento de venta asociado

ORDS-48263
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))
Servicio de ingreso: [371 Otras Consultas Generales] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 31.10.2024 11:26:58
Servicio de egreso: [371 Otras Consultas Generales] [Consulta externa]

PROFESIONAL: [1045] VICTOR HUGO ETAYO DEL PRADO - Identificación: CC 84090424 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022706] PUESTO DE SALUD DE CAMPANA

E. S. E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA
ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

Viernes, 7-Nov-2025

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1140824794 **AGAMES CHARRIS MARIA DEL PILAR** **M, 39 Años (21-Nov-1985)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Etnia: Blanco,Residencia: KR 8 N 8 - 32 - Teléfono: 00000000 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: -BARRIO SIN DATO (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 8-Mar-2024 08:31 am: 38 Años
Id: 7736

***

MOTIVO DE CONSULTA

CANSANCIO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDETE DE SINDROME DE DOWN CON CARDIOPATIA CONGENITA QUE REQUIRIO CIRUGIA A LOS 9 AÑOS QUIEN REFIERE ACTULAMENTE DISNEA A MEDINOS ESFUERSOS DOLORES PRECORDALES CON TAQUICARDIAS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Partos vaginales: --, Cesáreas: --, Abortos: --, Gravidez: --, Ectópicos: --, Nacidos vivos: 0, Nacidos muertos: 0, Ultimo parto: --, Menarca: 0, Ciclo menstrual: --, Duración del ciclo: --, Menopausia: --, Inicio sexual: 0, Compañeros sexuales: 1, Embarazada: NO, Ultimo periodo: --, Edad gestacional: --, Fecha probable de parto: --, Colposcopias: NO, Leucorrea: NO, Historia de infertitidad: NO, Ultima citología: --, Resultado citología: -- Otras observaciones: NEGATIVO

HISTORIA REPRODUCTIVA

Aborto hab./infertilidad: NO Retención placentaria: NO Neonatos > 4000 grs.: NO Neonatos < 2500 grs.: NO
HTA en embarazo: NO Emb. múltiple/Cesárea: NO Mortinato/Muerte neonat.: NO Parto prolongado/difícil: NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

****Evolución del 8-Mar-2024 08:31 am: 38 Años**
Id: 10653

Fecha de grabación: 8-Mar-2024 08:39 am

40.14

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 45.548.477
AGAMES CHARRIS

APELLIDOS
SINDI LORENA

NOMBRES

Sindi Agames

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ENE-1982
MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

21-JUN-2001 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4600500-01258737-F-0045548477-20211004 0075730385A 1 8502004371

Dibulla

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Zafira Cotes Covato.			PP	26969605	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
22-01-1963	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
62 Años	Hombre		Cajacopi.	Ceguera monocular confirmado. Dermatitis atopica no especificada.	
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Visual.	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira.	Dibulla.
Dirección de vivienda:		Cll 8 Kr. 9-8-57.	
Barrio / Vereda		Primero de mayo.	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO —	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO —	¿Cuál?
Género	Femenino		
	Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Hernan Gonzalez Fuentes.	CC —	CE	PP	84030182
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Esposo.	Esposo.			Cll 8 Kr. 9-857 B/ Primero de Mayo.
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
302 3392942.				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

4016

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 26.969.605
COTES LOVATO

APELLIDOS
ZAFIRA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1963
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-DIC-1989 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-4800500-01319342-F-0026969605-20220920 0085892131G 2 8505250303

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ALBA ANDREA MORA CASTRO	Fonoaudiología	CC-1006888979
JHEIDYS ZULAY MORENO VELASQUEZ	Trabajador Social	CC-1118866565
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228

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.

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 26969605 **COTES LOVATO ZAFIRA** **M, 62 Años (22-Ene-1963)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Residencia: CL 8 KR 9 NRO 8-57 DIBULLA - Teléfono: 3016578716 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Miramar (Zona Urbana)

Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 30-Oct-2025 09:39 am: 62 Años

Id: 190956

***

MOTIVO DE CONSULTA

ALT[illegible]ACION VISUAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LESION OCULAR DERECHA QUE RQUIRIO CIRUGIA SIN LOGRAR RECURPERAR DE LA VISION

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

VITILIGO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

CESAREA

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

BETAMETSONA AMPOLLA

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Partos vaginales: --, Cesáreas: --, Abortos: --, Gravidez: --, Ectópicos: --, Nacidos vivos: 0, Nacidos muertos: 0, Ultimo parto: --, Menarca: 0, Ciclo menstrual: --, Duración del ciclo: --, Menopausia: --, Inicio sexual: 0, Compañeros sexuales: 1, Embarazada: NO, Ultimo periodo: --, Edad gestacional: --, Fecha probable de parto: --, Colposcopias: NO, Leucorrea: NO, Historia de infertitidad: NO, Ultima citología: --, Resultado citología: -- Otras observaciones: NEGATIVO

HISTORIA REPRODUCTIVA

Aborto hab./infertilidad: NO Retención placentaria: NO Neonatos grs.: NO Neonatos < 2500 grs.: NO
HTA en embarazo: NO Emb. múltiple/Cesárea: NO Mortinato neonat.: NO Parto prolongado/difícil: NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 8[illegible]
Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 26969605 **COTES LOVATO ZAFIRA** **M, 62 Años (22-Ene-196[illegible]**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

- CLOTRIMAZOL CREMA 1%, CREMA, #1, TOPICA, APLICAR Cada 12 horas

- ESOMEPRAZOL 20MG - TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1
Cada 1 días

Documento de venta asociado

ORDS-123186
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))
Servicio de ingreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 30.10.2025 08:00:53
Se[illegible]o de egreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]

PROFESIONAL: [1001] RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 -
Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

4022

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 84.030.182
GONZALEZ FUENTES
APELLIDOS

NERWAN NICOLAS
NOMBRES



Nerwan González
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1965
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-JUN-1984 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4300500-00259458-M-0084030182-20100916 0024007055A 1 3558514 3

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos				Tipo identificación:	Número	
Misael Segundo Penaso Lindo				CC	84034963.	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:			Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
08-03-1971	Dibulla			La Guajira.	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:	
54 Años	Hombre	✓		Amputación traumatica de cadera y muslo.		
	Mujer					

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física.	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira.	Dibulla
Dirección de vivienda:		Cll 5 Kr 1	
Barrio / Vereda		Tierra baja	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ NO	¿Cuál?
Género		Femenino	
		Masculino ✓	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Monrique Misael Penaso.	CC ✓	CE	PP	1010102469.
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hijo				Cll 5 Kr 1
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3207730871				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

4024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 84.034.963
PENAGO LINDO

APELLIDOS
MISAEL SEGUNDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1971
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.82 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
06-SEP-1989 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4800500-00677845-M-0084034963-20150313 0043560930A 1 [illegible]

4625

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 84.034.563

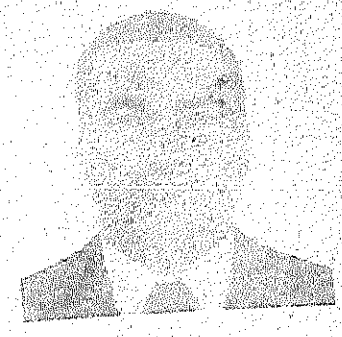
PENAGO LINDO

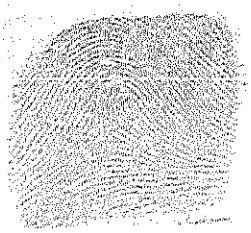
APELLIDOS

MISAEL SEGUNDO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1971

DIBULLA
(LA GUAJIRA)

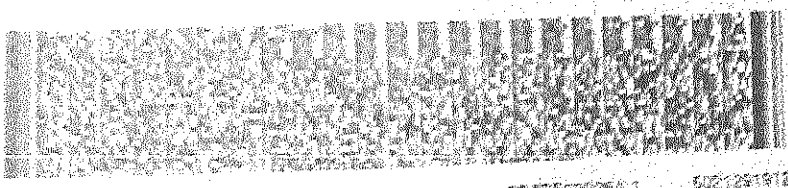
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

06-SEP-1990 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL SANCHEZ TAPIA



0021291912

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MISAEL	SEGUNDO	PENAGO	LINDO

1.5 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: 84034963

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
FUNDACION REINTEGRAR RV	2021	7	24

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	58.33
Participación	59.38
GLOBAL	38.99

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b299.2 b7108.2 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s120.222 s740.378 s7508.222

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4602.3 d879.3

40.27

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
ELIBETH CAROLINA VALENCIA MEZA	Terapia ocupacional	CC-1124361343
CAROLINA GOMEZ COTES	Fisioterapia	CC-40847752
MARELYS YUSET PIMIENTA AGUILAR	Medicina	CC-40930755

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *MISAEL SEGUNDO PENAGO LINDO* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma Documento: CC-84034963

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

4/0.25

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	MISAEL SEGUNDO PENAGO LINDO	**Tipo de Documento**	CC	**Identificacion**	CC 84034963
Fecha Nac	8/03/1971	**Edad**	54 años 5	**Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3207730871		
Escolaridad	No definido	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	URBANA		
Direccion	DIBULLA				
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	COTIZANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

HISTORIA CLÍNICA DE CONTROL MED. ESPECIALIZADA

No.: 8589138 **Edad del paciente:** 54 años 5 meses y 15días **Fecha de la nota:** 23/08/2025 12:55:20 p. m.

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE CON ANTECEDENTE DE EMPUTACION DE MUSCOLO IZQUIERDO HACE 25 AÑOS AL EXAMEN FISICO MUÑON EN BUENAS CONDCIONES PROTESIS EN MALAS CONDICONES GENERALES CON NECESIDAD DE REMPLAZO

Examen Fisico

CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
HTA Ligera (Grado 1)	90	110

CABEZA

.

OJOS

.

S.N.C

.

Clasificación antropométrica (IMC)	I.M.C	PESO (kg)	TALLA (Cms)
Peso normal	20.82	56	164

CUELLO

.

OTORRINO

.

OTROS HALLAZGOS

.

ABDOMEN

.

CARDIOPULMONAR

.

F. CARDÍACA (Lat*Min)	F. RESPIRATORIA (Res/Min)	TEMPERATURA. (°C)
78	18	36

EXTREMIDADES

.

GENITOURINARIO

.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (S789) AMPUTACION TRAUMATICA DE CADERA Y MUSLO, NIVEL NO ESPECIFICADO

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	MISAEL SEGUNDO PENAGO LINDO	**Tipo de Documento**	CC	**Identificacion**	CC 84034963
Fecha Nac	8/03/1971	**Edad**	54 años 5	**Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3207730871		
Escolaridad	No definido	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	URBANA		
Direccion	DIBULLA				
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	COTIZANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

JUSTIFICACIÓN VOM

PLAN O MANEJO VALORACION POR FISIATRIA PARA REMPLAZO DE PROTISIS

Dx Ppal.: S789 AMPUTACION TRAUMATICA DE CADERA Y MUSLO, NIVEL NO ESPECIFICADO

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

CARLOS ANDRES MONTERO MARULANDA

RM RM - 0318

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

4030

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	MISAEL SEGUNDO PENAGO LINDO	**Tipo de Documento**	CC	**Identificacion**	CC 84034963
Fecha Nac	8/03/1971	**Edad**	54 años 5	**Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3207730871		
Escolaridad	No definido	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	URBANA		
Direccion	DIBULLA				
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	COTIZANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

ORDEN DE SERVICIO

No.: 8589140 **Edad del paciente:** 54 años 5 meses y 15días **Fecha de la nota:** 23/08/2025 1:00:26 p. m.

DESCRIPCIÓN

DESCRIPCION	VALORACION POR FISIATRIA
ORDEN DE SERVICIO	890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Dx Ppal.: S789 AMPUTACION TRAUMATICA DE CADERA Y MUSLO, NIVEL NO ESPECIFICADO

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

CARLOS ANDRES MONTERO MARULANDA

RM RM - 0318

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

40.31

E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE AVILA
NIT. 826001327-1

"Tu salud, nuestra misión humanizada"

RECETARIO MÉDICO
CONSULTA EXTERNA

FECHA 6/08/2025

PACIENTE Misael Perez EDAD: _____

AFILIACION N° _____ E.P.S. - A.R.S. _____

Se solicita valoración por Urología

HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA E.S.E.

Por favor no cambiar esta formula

hospital@esehospitalsantateresadibulla.gov.co / Cel. 322 645 1615
CALLE 6 VIA LA PUNTA DE LOS REMEDIOS - DIBULLA, LA GUAJIRA

40.32

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÙS DE ÀVILA

NIT 826.001.037-1

Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: gerencia@esehospitalsantateresadibulla.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

440900022701 - ORDS - 102338

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. CC 84034963

FECHA DE REMISION 6-Ago-2025 12:05 pm

NOMBRE DEL PACIENTE PENAGO LINDO MISAEL SEGUNDO

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

EDAD	SEXO M	SEXO F
54 Años		X

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [44] — MUNICIPIO: DIBULLA [090] — ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

CL 5 DIBULLA (DIRECCION) | 3207730871 (TELEFONO) | Tierra Baja (BARRIO / VEREDA)

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

YURANIS PARDO (NOMBRE Y APELLIDO) | CL 5 DIBULLA (DIRECCION) | 3207730871 (TELEFONO) | (CIUDAD / BARRIO)

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

JACOPI (NOMBRE) | CCF055 (CODIGO) | [1 X] [2] [3] (NIVEL INST.) | ORTOPEDIA (SERVICIO A DONDE SE REMITE)

IMPRESION DIAGNOSTICA

OTRAS COMPLICACIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE MUÑON DE AMPUTACION CODIGO: [T876] — TIPO DX: Confirmado repetido

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

VALORACION POR CUADRO DE LESION RECURRENTE EN MUÑON DE AMPUTACION

INSTITUCIÓN QUE REMITE

440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MED- RODOLFO HERNANDEZ Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA : SI [1] NO [2] — Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO :

CODIGO

NIVEL DIAG. [1] [2] [3]

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2]

FECHA MUERTE (Mes Día Año Hora) A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO: MD [1] QX [2] MD - QX [3]

Dx Intervención Quirurgica:

CODIGO INTERVENCION

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA [1] [2] [3]

INSTITUCION QUE RESPONDE — CODIGO INST. — NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE — FIRMA — FECHA RESPUESTA (Mes Día Año)

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

14751

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 84034963 **PENAGO LINDO MISAEL SEGUNDO** **H, 54 Años (8-Mar-1971)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Residencia: CL 5 DIBULLA - Teléfono: 3207730871 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Tierra Baja (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: YURANIS PARDO (HERMANA) - Dirección: CL 5 DIBULLA - Teléfono: 3207730871

Apertura MEDICA GENERAL del 6-Ago-2025 11:55 am: 54 Años
Id: 158946

***

MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR EN MUÑON

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECDENTE DE LESION EN PIERNA IZQUIERDA EN ACCIDENTEDE TRANSITO QUE REQUIRIO AMPUTACION PRO ENCIMA DE LA RODILLA HACE 2 5 AÑOS
ACTUALMENTE UTILIZANDO PROTESIS Y QUIEN ACUDE REFIRIENDO PRESENCIA RECURRNTES DE LESION EN MUÑON QUE EVOLUCIONA CON PUSTULLAS CON RESPUESTA PARCIAL AMNEJO MEDICO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NO REFIERE

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NO REFIERE

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

Evolución del 6-Ago-2025 11:55 am: 54 Años
Id: 221575

Fecha de grabación: 6-Ago-2025 12:(

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 84034963 **PENAGO LINDO MISAEL SEGUNDO** **M, 54 Años (8-Mar-1971)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0°C, Peso: 83.0 Kgs., Talla: 172 cms., IMC: 28.06 Sobrepeso , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, [illegible]cie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTEPRESENTA PROTESIS EN MIMEBRO INFERIOR IZQUIERDO POR AMPUTACION POR ENCIMA DEL A RODILLA
SE EVIDENCIA LESIOES HIPERTROFICAS ERITEMATOSAS EN MUÑON

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

SEGUMEINTODE C UARO DE DOLRO EN MUÑON

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SE REMITE PARA VALORAICON POR ORTOPEDIA

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-102338
Principal de consulta: [T876] OTRAS COMPLICACIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE MUÑON DE AMPUTACION - Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [K30X] Dispepsia funcional
Relacionado a la consulta: [R51X] CEFALEA

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

Remitido a: ORTOPEDIA / CAJACOPI

Orden médica: 440900022701-OMED-85721, 6-Ago-2025

- ACIDO FOLICO TABLETA 1 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días

- ALBENDAZOL TABLETA 200 MG, TABLETA CON O SIN RE, #4, ORAL, 2 Ca 7 días

- ALUMINIO HIDROXIDO 4% + MAGNESIO 4% + SIMETICONA 0.4% SUSP 360 ML, SUSPENSIÓN ORAL, #1, ORAL, 10 CC CADA 8 HORAS

Orden médica: 440900022701-OMED-85722, 6-Ago-2025

- BISACODILO TABLETA 5 MG, #20, ORAL, 1 Cada 1 días

- ASCORBICO ACIDO TABLETA 500 MG (VITAMINA C), TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 1 días

- TIAMINA TABLETA Ó CÁPSULA 300 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días

Orden médica: 440900022701-OMED-85723, 6-Ago-2025

- RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 84034963 **PENAGO LINDO MISAEL SEGUNDO** **H, 54 Años (8-Mar-1971)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

ORDS-102338
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

40.36

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.102.469**
PENAGOS VALDEBLANQUEZ

APELLIDOS
MANRIQUE MISAEL

NOMBRES

Manrique Misael Penagos

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1993**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

22-JUN-2011 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4800500-00317848-M-1010102469-20110729 **0027**622767A 1 25494879

40.37

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
ORangel nicolas Perez lindo			cc.	84029.131	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
11-09-1964	Dibulla.		La Guajira	Dibulla	colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
61 Años	Hombre	↘			
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física	SÍ ↘	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		calle 6 N° 4-26	
Barrio / Vereda		el PeRU	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO	¿Cuál?
Género	Femenino		
	Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
AURalia Josefina Guillen	CC ↘	CE	PP	6212850
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
esposa	esposa			calle 6 N° 4-26
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3024606035				

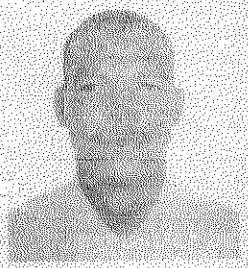
3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 84.029.131
PEREZ LINDO
APELLIDOS
ORANGEL NICOLAS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1964
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

19-MAY-1983 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00190963-M-0084029131-20091027 0017498829A 2 25616726

76-39

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ORANGEL	NICOLAS	PEREZ	LINDO

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 84029131

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2022	6	24

2.3 Departamento
LA GUAJIRA

2.4 Municipio
DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	55.00
Participación	43.75
GLOBAL	29.58

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b770.3 b780.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s120.368 s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.2 d879.2

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807 Keinnys
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228 Kmedina
VANESSA GOLDA JOIRO HERNANDEZ	Fonoaudiología	CC-40984392 Vanessa Joiro H

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *ORANGEL NICOLAS PEREZ LINDO* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Orangel P. L

Nombre y Firma

84029131

Documento: CC-84029131

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

40.47

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6212850

COL

GUILLEN TORRES
APELLIDOS

AURALIA JOSEFINA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

15009515
DNI Nro.

27-09-1977
FECHA DE NACIMIENTO

12-09-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



Auralia Guillen
FIRMA

E1288337

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando Galarza Ramírez
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6212850<<2<<<<<<<<<<<<<<<
7709276F3105308VENE1288337<<<2
GUILLEN<TORRES<<AURALIA<JOSEFI

40 40

Ingresar
Dibulla

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
EBert eduardo mendoza			cc	84 029 631	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
04-08 1965	Riohacha		La Guajira		colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
60 años	Hombre	↘	Cafesalud copi		
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			**Certificado de Discapacidad**		**RLCPcD**
auditiva			SÍ ↘	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		**Departamento donde reside:**		**Ciudad / Municipio:**	
SÍ	NO	La Guajira		Dibulla	
Dirección de vivienda:		calle 7 cr 7 N°779			
Barrio / Vereda		el Peru			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ↘	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál? Desplazamiento	
Género		**Femenino**			
		Masculino ↘			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Francia maria Redondo Arevalo		CC ↘	CE	PP	40·923 108
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**				**Dirección**
Esposa	Esposa				calle 7 cr 7 N°779
Teléfono fijo / Celular		**Correo electrónico**			
3135081122					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

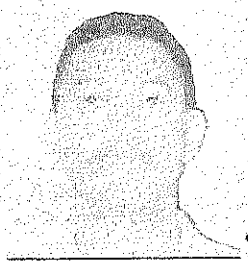
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

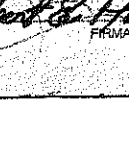
NUMERO **84.029.631**

MENDOZA DEL PRADO
APELLIDOS

EBERT EDUARDO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **04-AGO-1965**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-SEP-1983 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2700100-00156360-M-0084029631-20090602 0012035561A 1 6830003912

PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

40 30

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EBERT	EDUARDO	MENDOZA	DEL PRADO

1.5 Departamento de Residencia: LA GUAJIRA

1.6 Municipio de Residencia: DIBULLA

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: 84029631

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

UNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	6	12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901010389

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI	X	NO	
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	33.33
Movilidad	25.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	90.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	84.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b249.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.3 d879.3 d920.4

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
LAIDA LICELIS SABINO FAJARDO	Trabajador Social	CC-40839088

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.

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 84029631 **MENDOZA DEL PRADO EBERT EDUARDO** **H, 58 Años (4-Ago-1965)**

Hospitalización con cargo a:

Bipolaridad: No
Tecnicidad: No
Retardo: No
Prolijidad: No
Perseverancia: No
TRASTORNO CUANTITATIVO
Euforias: No
Fobias: No
Excitación: No
Ansiedad: No
Hipocondria: No
Tristeza: No
Suicidio: No
Miedo: No
Amnesias: No
Pánico: No
Depresión: No
TRASTORNOS CUALITATIVOS
Tenacidad: No
Labilidad: No
Incontinencia: No
Ambivalencia: No
Perplejidad: No
Amhedomia: No
Disociacion ideoafectiva: No
Despersonalizacion: No
Afecto inapropiado: No
Afecto insuficiente: No
Catatonia: No
CONDUCTA MOTORA
ALTERACI. CUANTITATIVAS:
Abulia: No
Hipobulia: No
Hiperbulia: No
Sueños: No
ALTERACI. CUALITATIVAS:
Impulsos: No
Compulsiones: No
Apraxia: No
TRASTORNOS
TRASTORNOS CUANTITATIVOS:
Insomnio: No
Somnolencia: No
Narcolepsia: No
Hiperbulia: No
ALTERACIONES CUALITATIVAS:
Sonambulismo: No
Terrores Nocturnos: No
Enuresis: No

PROFESIONAL: [8211] PSICO- YARIS MILENA REDONDO CAMPO (EQUIP_BAS) - Registro: 26969745 - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA [440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

****Evolución del 3-Jun-2024 02:24 am: 58 Años**
Id: 40161

Fecha de grabación: 3-Jun-2024 02:34 am

ESTADO MENTAL
NORMAL
DIAGNOSTICO Y CONDUCTA A SEGUIR
H91.90
EXAMEN MENTAL
NORMAL

PROFESIONAL: [8211] PSICO- YARIS MILENA REDONDO CAMPO (EQUIP_BAS) - Registro: 26969745 - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA [440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÙS DE ÀVILA
NIT 825001037
Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

Jueves, 27-Jun-2024

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 84029631 **MENDOZA DEL PRADO EBERT EDUARDO** **H, 58 Años (4-Ago-1965)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a:

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Etnia: Blanco,Residencia: invasión - Teléfono: 3111111111 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: -BARRIO SIN DATO (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura EQUIPO BASICO(HISTORIA DE PSICOLOGIA) del 3-Jun-2024 02:24 am: 58 Años
Id: 28009

***

** CHA Y HORA DE APERTURA DE HISTORIA CLINICA: **

FECHA_Y_HORA:
Fecha y Hora de atencion:: 27-May-2024 00:00 am

MOTIVO DE CONSULTA
DISCAPACIDAD AUDITIVA

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS
DISCAPACIDAD PRODUCIDA POR UN TIRO QUE LE HICIERON LOS GRUPOS DE PARAMILITAR HACE MUCHOS AÑOS ATRAS

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS
NO

ANTECEDENTES FAMILIARES
NO

HÁBITOS
NO

** Cuestonario para Historia de Psicología **

FAMILIA
Nucleo Familiar: COMPUESTA
Tipo de Relacion con la Familia: MUY BUENA

ENTORNO SOCIAL
igos: BUENA
Instituciones Educativas: NO
Instituciones Religiosas: NO
Trabajo: MUY BUENA

PERDIDAS Y DUELOS
Perdida Significativa: NO
Duelo: NO

EXAMEN FISICO
PORTE:
Limpio: Si
Ordenado: Si
Extravagante: No
Inapropiado: No
CONCIENCIA:
Obnulacion: No
Confuso: No
Delirios: No
Estados Oniricos y de Fuga: No

ACTITUD
Coopera: Si
Franco: Si
Abierto: Si
Temeroso: No
Hostil: No
Reticente: No

PENSAMIENTO / TRASTORNO DEL CONTENIDO
Ideas hipocondriacas: No
Ideas sobrevaloradas: No
Ideas prevalentes: No
Ideas obsesivas: No
Ideas fobicas: No
Ideas delirantes: No

JUICIO Y RACIOCINIO
Juicio Debilitado: No
Juicio Desviado: No
Juicio deficiente: No
Juicio suspendido: No

RECUERDOS Y RELACIONES
Recuerdos de la Infancia: SI TENGO MUCHOSS RECUERDOS
Relaciones con parejas: SI LA MADRE DE MIS HIJOS

ORIENTACION
Desorientacion auto psiquica: No
Desorientacion alopsiquica: No
Desorientacion global: No

TRASTORNO DEL CURSO
Bloqueo: No
Pensamiento disgresado: No
Fuga de ideas: No

4055

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **40.923.108**
REDONDO AREVALO

APELLIDOS
FRANCIA MARIA

NOMBRES

-rancia Redondo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **24-FEB-1968**
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-MAY-1988 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JORGE PEÑAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO



R-4800500-01526753-F-0040923108-20250929 0147927809G 1 8510777360

40.34

Dibulla

Para ingresar.

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Carlos Enrique Rosado Uribe.			CC	1123404736	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
19-01-1988	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
37 Años	Hombre	✓	Cajacopi	Epilepsia.	
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Intelectual	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla.
Dirección de vivienda:		Kr 14 #5-29.	
Barrio / Vereda		B/ Las Casitas.	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazamiento.
Pertenencia étnica:	SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género			Femenino
			Masculino ✓

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Dairis Isabel Rosado Uribe	CC ✓	CE	PP	26970239
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hermana.	Hermana.			Kr 14 #5-29
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3003147021				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No.		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.404.736
ROSADO URIBE
APELLIDOS
CARLOS ENRIQUE
NOMBRES
CARLOS ROSADO
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1988
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-NOV-2006 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-4800500-00270270-M-1123404736-20101213 0025178224A 1 25545543

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
CARLOS	ENRIQUE	ROSADO	URIBE

1.5 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: 1123404736

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
FUNDACION REINTEGRAR RV	2021	10	29

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	79.17
Movilidad	85.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	96.88
GLOBAL	87.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b130.3 b167.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s140.378 s730.372 s750.272

3. Codigos Actividades y Participación

d175.4 d598.4 d879.4

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
CHER MICHELLE CHARRIS ARTETA	Medicina	CC-1044801884
ELIBETH CAROLINA VALENCIA MEZA	Terapia ocupacional	CC-1124361343
VANESSA GOLDA JOIRO HERNANDEZ	Fonoaudiología	CC-40984392

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *CARLOS ENRIQUE ROSADO URIBE* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma Documento: CC-1123404736

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 414

40 53

ORDENES MEDICAS

A. IDENTIFICACION

1er APELLIDO	2do APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRE	No. HISTORIA CLINICA
Posada.		Carlos	
Servicio	Sala o Cuarto	No. de Cama	

B. PRESCRIPCIONES Y ORDENES

DIA	MES	AÑO	HORA	PRESCRIPCIONES Y ORDENES (Firma y Código del Responsable)	FIRMA Y CODIGO DE QUIEN HACE CUMPLIR LA ORDEN
13	11	02			
	12 dm.			(1) Observación.	
				(2) Valium 3mg IV ahora.	
				(3) LR V 3 a 5 0.9% 1000 cc p/ 12h.	
				(4) Zantac 400mg en suero 80 cc SS 0.9% DI	
				dosis inicial.	
				(5) V/ por neurocirugano.	
				(6) Vigilar estado neurologico	
				(7) CTC y AP.	
				Lic. Katherine	
14	11	02		Pte en Buen estado general consciente - orientado - Pupilas Hemodinamicamente estable - Se examino y se indica egreso con TTO de casa.	

COHOSPITAL MED LTDA.
Dr. José Daniel Villalobos
MEDICO DE URGENCIAS
R.M. 033-301

40.54

CRECES

CORPORACION PARA LA REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL "CRECES"
NIT. 825 001 315 – 2

CCTS.0006-02

Riohacha, 28 de agosto de 2002

LA TRABAJADORA SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el Niño **CARLOS ENRIQUE ROSADO**, de 14 años de edad, ha venido recibiendo Tratamiento Integral (Rehabilitación y Educación Especial) con la sugerencia profesional de continuar con dicho tratamiento, en la CORPORACION CRECES – DIBULA

Impresión Diagnostica: Retardo Mental

Esta constancia se expide como requisito esencial ya que el niño se encuentra interno en el Hospital Nuestra Señora de los Remedios.

Claudia Henriquez S

CLAUDIA HENRIQUEZ SALAS

Maria c.

Calle 15 No. 11 – 08, telefax 095 7286017, Tel. 095 7274588, Riohacha La Guajira
E – Mail: creces@col3.telecom.com.co

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION.

REMISION DE PACIENTES
SOLICITUD

REGISTROS MEDICOS
SIS - 412 A

A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES.

DE:	A:
Hosp. SANTA TERESA DE JESUS	Hosp. ZIPAQUIRA.

B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1er APELLIDO	2o. APELLIDO (DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION QUE REMITE
SOSA	URIBE	CARLOS	

EDAD: 14 AÑOS | SEXO: M ☐ F ☐ | AÑOS | MESES | DIAS

RESIDENCIA HABITUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País.): DIBUJUA (cll 8 cr 4 n. 8-05)

No. HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION QUE RECIBE

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRE Y RELACION DE PARENTESCO): JUDIS LARA (

RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País.): DIBUJUA.

TELEFONO

C. SOLICITUD DE ATENCION.

FECHA DE REMISION			MEDICO QUE REMITE:	SERVICIO AL CUAL SE REMITE:
2003	01	03	Alonso Ruiz B	MED. INTERNA / NEUROLOGIA.
AÑO	MES	DIA		

D. ORDENAMIENTO

1. Resumen de Anamnesis y Examen Fisico.
2. Fechas y Resultados de Examenes Auxiliares de Diagnostico
3. Resumen de la evaluacion
4. Diagnóstico
5. Complicaciones
6. Tratamientos Aplicados
7. Motivo de Remisión.
8. Firma y Código de la Persona Responsable

Pte Masculino de 14 años de EDad el cual es Traido por C.CLINICO CARACTERIZADO POR CONVULCIONES TONICO - CLONICAS GENERALIZADAS, LAS CUALES REMITEN PARCIALMENTE AL ANTICONVULSIVO UTILIZADO DIAZEPAN IV El Pte TIENE ANTECEDENTE DE MASA CEREBRAL [TUMOR EN ESTUDIO].

EF: FR: 20X T: 37.1 FC: 100X TA: 120/80
- CCE: Nariz Labio Mucosa oral. Normal
- CAP: 2 ruidos No soplos Pulmones: claros ventilados no Ruidos sobreagregados
- ABD: Blando depresible PLT
- EXT: Eutrofico No edemas
- SNC: S.D.A

DX: STATUS CONVULSIVO

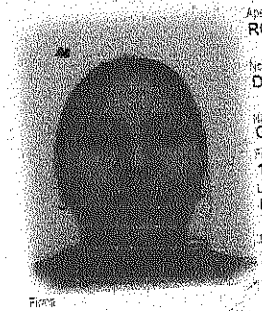
Plan: - YUGULACION DE CONVULCIONES
- REMISION

40-56

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 26.970.239



Apellidos
ROSADO URIBE

Nombres
DAIRIS ISABEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.66

Sexo
F

Fecha de nacimiento
12 ENE 1983

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
RIOHACHA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
19 OCT 2001, DIBULLA

Fecha de expiración
27 MAR 2035

Firma
Dairis Rosado

CO

0780281139

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0780281139848005<<<<<<<<<<
8301127F3503270COL26970239<<<1
ROSADO<URIBE<<DAIRIS<ISABEL<<<

Dibulla para ingresar. 4.0.22

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Aura Rafaela Granado Baquero			CC.	26969465	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
09-06-1952.					

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
73 Años	Hombre		Cajacopi	Retraso mental moderado -Trastornos del habla y del lenguaje	
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Intelectual.	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO		

Dirección de vivienda:	Cll 8-kr 6. Dibulla.		
Barrio / Vereda	El Pilar.		
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO ✓	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género	Femenino ✓		
	Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Felicidad Isabel Granados.	CC ✓	CE	PP	26969468
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hermana	Hermana			Cll 8 Kr 6 B/el Pilar.
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3226804159.				

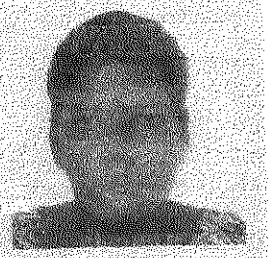
3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No.		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.969.465
GRANADO BAQUERO
APELLIDOS
AURA RAFAELA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1952
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-ENE-1974 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00272595-F-0026969465-20101221 0025287370A 1 25564952

4059

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
AURA	RAFAELA	GRANADO	BAQUERO

1.5 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: 26969465

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

FUNDACION REINTEGRAR RV

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	10	1

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	83.33
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	87.50
GLOBAL	73.68

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b152.3 b330.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s140.278

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d310.4 d879.4

40.61

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÙS DE ÀVILA

NIT 825.001.037-1

Calle 6 Vía a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: gerencia@esehospitalsantateresadibulla.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 8.7 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

440900022701 - ORDS - 22280

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. CC 26969465

FECHA DE REMISION 24-Jun-2024 03:58 pm

NOMBRE DEL PACIENTE GRANADO DAQUERO AURA RAFAELA

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

EDAD	SEXO M	SEXO F
72 Años		X

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [44] — EL PILAR — 3102456687 — -BARRIO SIN DATO

MUNICIPIO: DIBULLA [090] — DIRECCION — TELEFONO — BARRIO / VEREDA

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO — DIRECCION — TELEFONO — CIUDAD / BARRIO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

CAJACOPI — CCF055 — [1 X] [2] [3] — MEDICINA INTERNA

NOMBRE — CODIGO — NIVEL INST. — SERVICIO A DONDE SE REMITE

IMPRESION DIAGNOSTICA

RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE — TIPO DX: Confirmado repetido

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

VALOARCION DE CUADO DE RETRSO MENTAL CON INCAPACIADA PARA LA COMUNICACION

INSTITUCIÓN QUE REMITE 440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE MED- RODOLFO HERNANDEZ Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA : SI [1] NO [2] — Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO :

CODIGO

NIVEL DIAG. [1] [2] [3]

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2]

FECHA MUERTE (Mes Día Año Hora) A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO — MD [1] QX [2] MD - QX [3]

Dx Intervención Quirurgica:

CODIGO INTERVENCION

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA [1] [2] [3]

INSTITUCION QUE RESPONDE — CODIGO INST. — NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE — FIRMA — FECHA RESPUESTA (Mes Día Año)

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 26969465 **GRANADO BAQUERO AURA RAFAELA** **M, 72 Años (9-Jun-1952)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: SEE VIDENCIA RETRASO MENTAL E INCAPACIDAD PARA LA DE COMINICACION
Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 60.0 Kgs., Talla: 157 cms., IMC: 24.34 Peso Normal , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

SISTEMA NEUROLÓGICO

SE EVIDENCIA RETRASO MENTAL E INCAPCIDAD PARA LA COMUNICACION

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

SEGUIMEINTO DE CUADRODE RETRSO MENTAL

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SE CERTIFICA QUE LA PACINTE PRESENTA ANTECDENTE DE ASFIXIA PERINATAL QUE CURSO CON HIPOXIA CEREBRAL ACTUALMENTE CON RETRASO MENTAL E INCAPACIDAD PARA LA COMUNICACION
SE REMITE PARA VALORACION INTEGRAL POR MEDICINA INTERNA

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-22280
Principal de consulta: [F711] RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMI - Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [F808] OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE
Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación
Remitido a: MEDICINA INTERNA / CAJACOPI

Orden médica: 440900022701-OMED-19010, 24-Jun-2024

- ACIDO FOLICO TABLETA 1 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días
- ASCORBICO ACIDO TABLETA 500 MG (VITAMINA C), TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 1 días
- TIAMINA TABLETA Ó CÁPSULA 300 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días

Orden médica: 440900022701-OMED-19011, 24-Jun-2024

- ALBENDAZOL TABLETA 200 MG, TABLETA CON O SIN RE, #4, ORAL, 2 Cada 7 días
- CLOTRIMAZOL CREMA 1%, CREMA, #1, TOPICO, APLICAR Cada 12 horas

Documento de venta asociado

ORDS-22280
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

PROFESIONAL: [1001] MED- RODOLFO HERNANDEZ - Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.969.468**
GRANADOS BAQUERO

APELLIDOS
FELICIDAD ISABEL

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-1948**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-ENE-1974 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800500-00208241-F-0026969468-20100108 0019786294A 1 25542338

Para Ingresar 4065
Falta Información

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Elmis Carlos Pinzon P.			1.123406769	3013042567	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
06-04-1990	Riohacha. G.		Guajira		Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
35 años	Hombre	✓	Salud total	Parapiesia no especifica da.	14 de Noviembre
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	Guajira	Dpbulla.
Dirección de vivienda:		Calle 7	
Barrio / Vereda		El Pozo dibulla	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ NO	¿Cuál?
Género		**Femenino**	
		Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Julia Rosa. Posada G.	CC ✓	CE	PP	40-926-514
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Mamá	Madre Cabeza de Familia			Calle 7.
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
312 630 53 04				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

4/266

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.123.406.269**

PINZON ROSADO

APELLIDOS

ELMIS GILBERTO

NOMBRES

Elmis Pinzón

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1990**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

11-JUN-2008 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4800500-00167650-M-1123406269-20090807 0014667397A 1 25587896

4062

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ELMIS	GILBERTO	PINZON	ROSADO

1.5 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: 1123406269

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
FUNDACION REINTEGRAR RV	2021	10	15

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	DIBULLA

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	70.00
Participación	53.13
GLOBAL	43.65

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b770.4 b789.3 b798.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s120.378 s5409.378 s6102.368

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.4 d7702.4 d879.3

CUIDAMOS SALUD SAS

NIT: 900,302,805-3
L 9 11 57 BRR EL CENTRO
TEL: 3104359494

ORDEN MEDICA

Ambulatorio

FECHA : 02/07/2024 16:47

PINZON ROSADO ELMIS GILBERTO
CC - 1123406269

Edad :	34A 2M 28D	**Sexo :**	Masculino
Nacimiento :	6/04/1990	**Teléfono :**	3126308304
Dirección :	DIBULLA		
Empresa :	SALUD TOTAL E.P.S SUBSIDIADO		

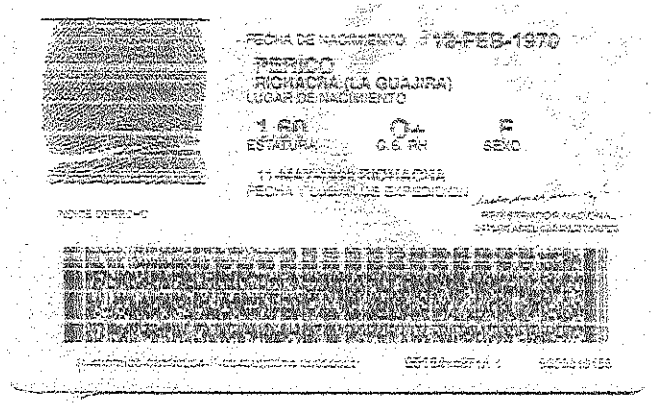
ITEM	DETALLE DEL SERVICIO	CANT	EN LETRAS
1	2818 - SONDA NELATON # 14 . //	120	CIENTO VEINTE
2	3000 - VASELINA FRASCO X 450 G . // 1 UN	1	UNO

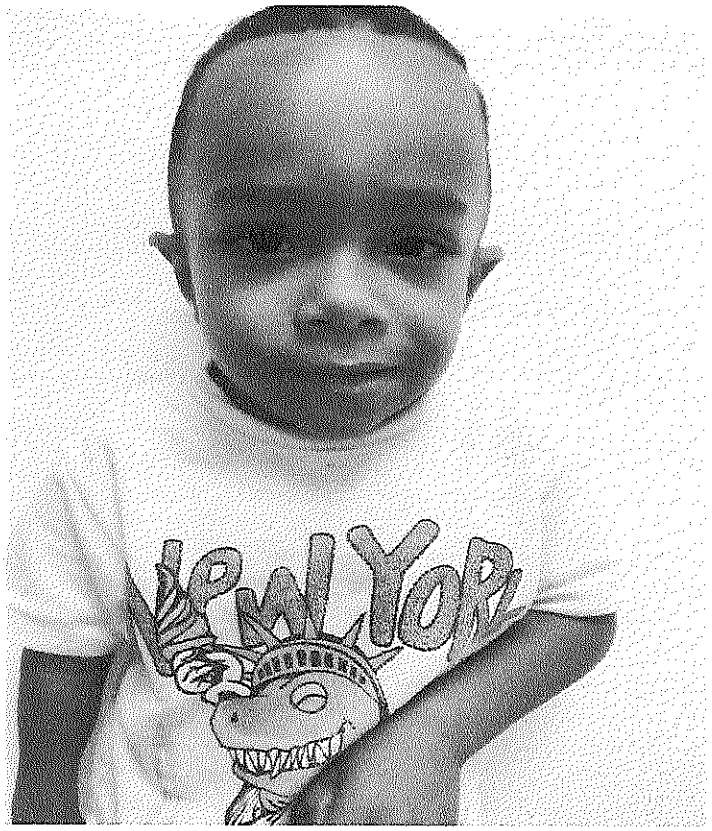
DIAGNÓSTICO: G822 - PARAPLEJIA NO ESPECIFICADA

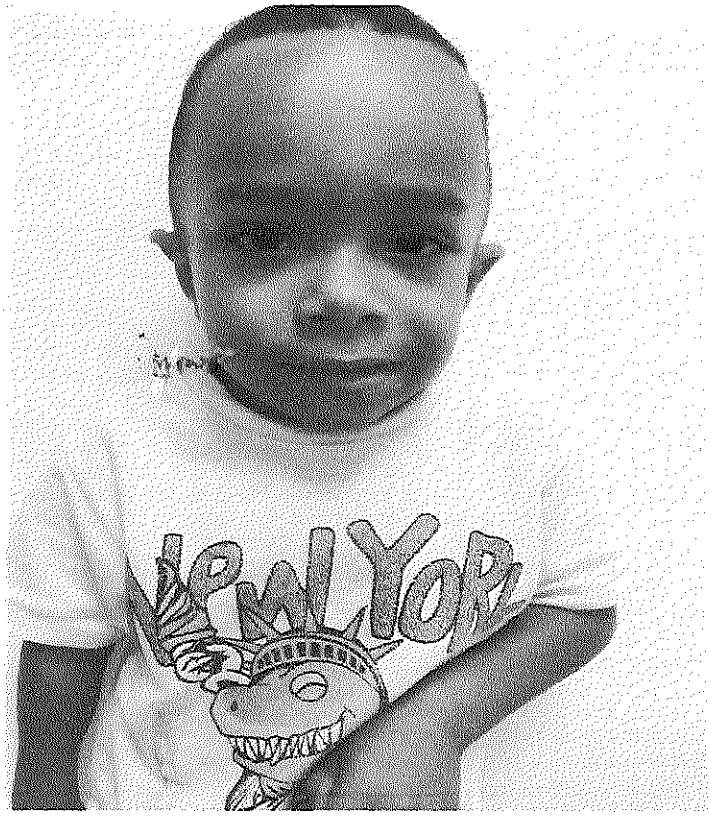


MARTINEZ URECHE JUDITH MARIELA
C.C. 2000002841
MEDICINA GENERAL


40.526.514


FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1970
PUEBLO
RIOHACHA (LA GUAJIRA)
1.60
O+
F





4072

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Elian José Perez Cadiz			Rc.	1123419429.	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
12-07-2021	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
4 AÑOS	Hombre		Cajacopi		
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
	SÍ	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla.
Dirección de vivienda:		Cll 6 # 8-7	
Barrio / Vereda		El Pilar	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO -	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO -	¿Cuál?
Género		Femenino Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Kathia Cadiz		CC -	CE	PP	1118855920
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Mamá					Cll 6 # 8-7
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3014595571					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
Si		

4093

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2334945

NUIP 1.123.419.423

Tipo de certificado | Datos Esenciales [ ] | Acreditar Parentesco [X]

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PEREZ CADIZ ELIAN JOSE

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	L	Día	1	2	MASCULINO	A +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA LA GUAJIRA RIOHACHA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	A	G	O	Día	1	9	0061197819

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CADIZ MEJIA KATIA PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.118.855.920	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PEREZ SALCEDO TITO FIDEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 17.830.397	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PEREZ SALCEDO TITO FIDEL

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 17.830.397

Espacio para notas
VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA LA GUAJIRA DIBULLA — Código: 4 9 4

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										
Año	2	0	2	1	Mes	A	G	O	Día	1	9

Nombre y firma del funcionario

HAROLD WILSON PENALVER VANEGAS

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil 28464232-4

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

4074

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
ELIAN	JOSE	PEREZ	CADIZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 1123419429

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2025	11	21

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b729.3 b780.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.378 s7302.371

3. Codigos Actividades y Participación

d131.3 d430.4 d440.3

40.75

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

1. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
JHEIDYS ZULAY MORENO VELASQUEZ	Trabajador Social	CC-1118866565
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228

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.

40.72

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

NIT 825.001.037-1

Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL: gerencia@esehospitalsantateresadibulla.gov.co

DIBULLA, LA GUAJIRA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

440900022701 - ORDS - 127866

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. RC 1123419429

FECHA DE REMISION 13-Nov-2025 01:52 pm

NOMBRE DEL PACIENTE PEREZ CADIZ ELIAN JOSE

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2] X

EDAD	SEXO
4 Años	M
	X

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [44] — CL 8 DIBULLA — 3205597125 — El Pilar

MUNICIPIO: DIBULLA [090] — DIRECCION — TELEFONO — BARRIO / VEREDA

ZONA: URBANO [1] X — RURAL [2]

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

TITO PEREZ — CL 8 DIBULLA — 3205597125 — CIUDAD / BARRIO

NOMBRE Y APELLIDO — DIRECCION — TELEFONO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

C COPI — CCF055 — [1] X — [2] — [3] — PEDIATRIA

NOMBRE — CODIGO — NIVEL INST. — SERVICIO A DONDE SE REMITE

IMPRESION DIAGNOSTICA

OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DE (DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES), INCLUIDA LA CINTURA — TIPO DX: Confirmado repetido

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

valoracion por cuadro de malformacion congenita en dedo del mano, hernia umbilical y neuropatia facial

INSTITUCIÓN QUE REMITE

440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MED- RODOLFO HERNANDEZ Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA : SI [1] NO [2] — Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO :

NIVEL DIAG. [1] [2] [3]

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2]

FECHA MUERTE — Mes Día Año Hora — A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO — MD [1] QX [2] MD - QX [3]

Dx Intervención Quirurgica:

CODIGO INTERVENCION

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA [1] [2] [3]

INSTITUCION QUE RESPONDE

CODIGO INST.

NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE — FIRMA — FECHA RESPUESTA — Mes Día

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6 Vía a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: RC 1123419429 **PEREZ CADIZ ELIAN JOSE** **H, 4 Años (12-Jul-2021)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: MENOR SIN TRABAJO

Etnia: Blanco,Residencia: CL 8 DIBULLA - Teléfono: 3205597125 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: El Pilar (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: TITO PEREZ (PAPA) - Dirección: CL 8 DIBULLA - Teléfono: 3205597125

Apertura MEDICA GENERAL del 13-Nov-2025 01:36 pm: 4 Años
Id: 196319

***

MOTIVO DE CONSULTA

CIRUGIA

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con antecedente de malformacion congenite en mano derecha que compromete 1er dedo dela mano es traido por presentando lijera desviacion de la comisura labial hacia la izquierda , ademas de portusion a nvel umbilical que se exaserva con el esfuerso fisico

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

MALFORMACION CONGENITA PULGAR MIEMBRO SUPERIOR DERECHO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

MADRE NIEGA.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

MADRE NIEGA.

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

MADRE NIEGA.

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

ESQUEMA COMPLETO HASTA LA EDAD

ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: DIABETES MELLITUS

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

MADRE NIEGA.

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

PROFESIONAL: [1001] RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 9[illegible]
Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

****Evolución del 13-Nov-2025 01:36 pm: 4 Años**
Id: 266748

Fecha de grabación: 13-Nov-2025 [illegible]

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: RC 1123419429 **PEREZ CADIZ ELIAN JOSE** **H, 4 Años (12-Jul-2021)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 99, Frec. respiratoria: 21, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 15.0 Kgs., Talla: 96 cms., IMC: 16.28 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --. Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 1 / 1 (Optima / TA Media: 1), Acostado: --, De pie -, Cúbito Lat.Izq.: --

****PERIMETRO BRAQUIAL EN NIÑOS****

Interpretacion y Clasificacion

Punto de Corte: 16.00

Interpretacion: 16.00 Negativo para Riesgo de Muerte

Conducta a seguir: 16.00 Confirme Peso yTalla no remiti

CABEZA Y CUELLO

se e videncia lijera desviacion de la comisura labial haia la izquierda con perdida de tonisidad en parte inferior de hemicara dercha

CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A L ' PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SO OS

ABDÓMEN Y LUMBAR

Presenta portusion a nvel umbilical que se exaserva con maniobra de valsalva

SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES Y PELVI

se evidencia m alfrmacion congenuita en mano derecha que compromete 1 er dedo dela mano ipsiilateral presentando desartiulacion proximal de dedo comprometido

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE I EXPLORACION DE PARES CRANEALES

PIEL

SIN LESIONES APARENTES

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

seguieinto de cuadro de malformacion congenita en mano

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

se remite parta valoarcion integral por pediatria
Se certifica q ue el niño presenta malformacion congenite mano derecha que compromete 1er dedo dela mano con desrticulacion proximal que limita la aprension de objetos

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-127866
Principal de consulta: [Q740] OTRAS MALFORMACIONES CONGENI (DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES), INCLUIDA LA CINTURA ESCA Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [G589] MONONEUROPATIA, NO ESPECIFI
Relacionado a la consulta: [K429] HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRU GANGRENA

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

Remitido a: PEDIATRIA / CAJACOPI

Orden médica: 440900022701-OMED-105219, 13-Nov-2025

- ASCORBICO ACIDO TABLETA 500 MG (VITAMINA C), TABLETA CON RE, #10, ORAL, 1 Cada 1 días

- VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) TABLETA Ó CÁPSULA 5000 U TABLETA CON O SIN RE, #3, ORAL, 1 Cada 1 días

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6 Vía a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 9.0 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: RC 1123419429 **PEREZ CADIZ ELIAN JOSE** **H, 4 Años (12-Jul-2021)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

ORDS-127866
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))
Servicio de ingreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 13.11.2025 12:33:52
Servicio de egreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]

PROFESIONAL: [1001] RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 -
Registro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

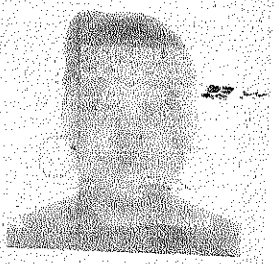
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.118.855.920
CADIZ MEJIA

APELLIDOS
KATIA PAOLA

NOMBRES
Katia Paola Cadiz Mejia

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1994
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-JUL-2013 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4800100-00494133-F-1118855920-20131010 0035408482G 1 40579553

40.82

Dibulla

Ingresar.

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Yolaida Rosario Redondo Movil			CC	26970070	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
26-07-1968	Riohacha		La Guajira	Riohacha	
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
52 Años	Hombre		Cajacopi		
	Mujer	✓			
Categoría de Discapacidad			**Certificado de Discapacidad**		**RLCPcD**
Psicosocial Mental			SÍ —	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		**Departamento donde reside:**		**Ciudad / Municipio:**	
SÍ	NO	La Guajira		Dibulla.	
Dirección de vivienda:		Cll 7 Kr 7 #			
Barrio / Vereda		El Perú			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género		Femenino / Masculino			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Omaira Beatriz Redondo Movil		CC —	CE	PP	40925573.
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**				**Dirección**
Hermana.	Hermana				Cll 7 Kr 7. #.
Teléfono fijo / Celular		**Correo electrónico**			
3229106967					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

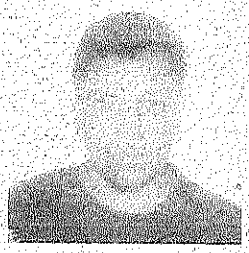
¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

4082

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.970.020
REDONDO MOVIL
APELLIDOS
YOLAIDA ROSARIO
NOMBRES

Yolaida Redondo M
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1968
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

03-FEB-1999 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

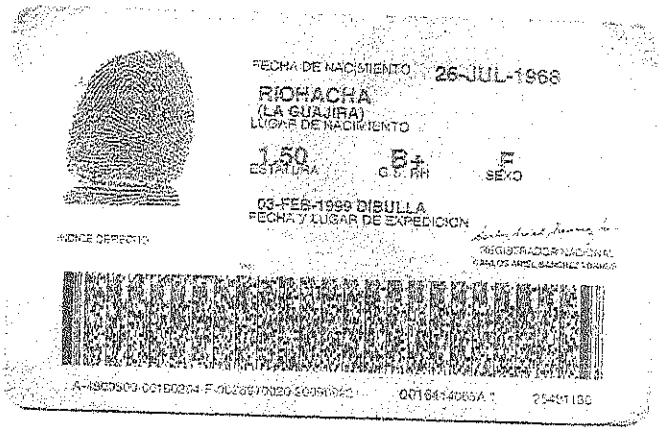
A-4800500-00160264-F-0026970020-20090922 0016414065A 1 25481180

40.83



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.970.020
REDONDO MOVIL
APELLIDOS
YOLAIDA ROSARIO
NOMBRES
FIRMA

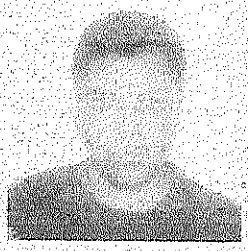


FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1968
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
03-FEB-1999 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0010641465A 1 2540118C

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.970.020
REDONDO MOVIL
APELLIDOS
YOLAIDA ROSARIO
NOMBRES

Yolaida Redondo M
FIRMA



1



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1968
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

03-FEB-1999 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800500-00180264-F-0026970020-20090922 0016410054 1 25481180

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807
JHEIDYS ZULAY MORENO VELASQUEZ	Trabajador Social	CC-1118866565
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228

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.

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
YOLAIDA	ROSARIO	REDONDO	MOVIL

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
LA GUAJIRA	DIBULLA

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: 26970020

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
FUNDACION REINTEGRAR RV	2025	11	21

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901010389

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	12.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b152.2 b156.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.3 d879.3 d920.3

4086

IPS SALUD VITAL GUAJIRA SAS
901226064-0
Teléfonos: 3215597846
Dirección: CARRERA 2 N35 - 50 - RIOHACHA

VITAL SALUD
26970020
Paciente: REDONDO MOVIL YOLAIDA ROSARIO

Atención N° 0100395079
Fecha de Atención: 16/05/2025

HISTORIA CLINICA DE CONTROL PSIQUIATRIA

Datos del afiliado

Identificación: CC 26970020 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 26/07/1968 **Edad:** *56 años, 9 meses, 20 días*
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA
Dirección: CORREGIMIENTO DE DIBULLA CALLE 7 # 6 - 95 **Zona:** Rural
Ocupación: No Aplica
Contratante: CAJACOPI EPS SAS **Autorizacion:**
Teléfonos: 3045944754 **Plan:** SUB EVENTO SUBSIDIADO
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional **Especialidad:** Psiquiatria
Profesional: 40945050 - BUENO ORTIZ SARA ESTHER

Diagnósticos

Principal [Presuntivo]: (F319) TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO.

Signos Varios

FC: 80lat/min

EXAMEN MENTAL: FEMENINA QUE VIENE A CONSULTA TRAIDA POR SU HERMANA MARBELIS REDONDO CON ANTECEDENTES DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, CON MANEJO MEDICO, ACTUALMENTE MANIFIESTA QUE NO HA PRESENTAADO CAIDAS DESDE SU PROPIA ALTURA, CON PERDIDA DE CONCIENCIA , , MANIFIESTA QUE CURSA CON BUEN CICLO DE SUEÑO Y BUEN PATRON DE ALIMENTACION
VIENE POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN ALTERACIONES EN LA MARCHA, BIEN VESTIDO , HACE CONTACTO VISUAL Y LO MANTIENE, AFECTO MEJOR MODULADO , CONCIENTE, MEMORIA SIN FALLOS, EUPSIQUICA, EULALUCA, , PENSAMEINTO LOGICO, NIEGA IDEAS DELIRATES, NIEGA ALTERACIOENS SENSOPERCEPTIVAS, CON BUEN CICLO DE SUEÑO, CONTROL DE IMPULSOS MOTORES .

FEMENINA CON EPISODIOS DE SINCOPE, EN OCASIONES CON PERDIDA DE CONCIENCIA, PENDIENTE VAL POR NEUROLOGIA CON REPORTE DE TAC DE CRANEO SIMPLE, QUE ARROJA CAMBIOS INVOLUTIVOS CORTICALES DESCRITOS NO ACORDES A LA EDAD, Y ENVIO ESQUEMA PSICOTERAPEUTICO, Y VALORACION 'POR NEUROLOGIA

ANALISIS: FEMENINA CON EPISODIOS DE SINCOPE, EN OCASIONES CON PERDIDA DE CONCIENCIA, PENDIENTE VAL POR NEUROLOGIA CON REPORTE DE TAC DE CRANEO SIMPLE, QUE ARROJA CAMBIOS INVOLUTIVOS CORTICALES DESCRITOS NO ACORDES A LA EDAD, Y ENVIO ESQUEMA PSICOTERAPEUTICO.

PLAN: 1 CITA EN 3 MESES PSIQUIATRIA
2 ACIDO VALPROICO 250 MG CADA 8 HORAS VIA ORAL
3 CARBONATO DE LITIO 300 MG 1 TB CADA 8 HORAS
4. OLANZAPINA TB 5 MG 1 TB NOCHE VIA ORAL
5. RISPERIDONA TB 1 MG 1TB CADA 24 HORAS
6 BIPERDIENO TB 2 1 TB CON LAS MAÑANAS
7 PENDIENTE VALORACION NEUROLOGICA



BUENO ORTIZ SARA ESTHER
Psiquiatria
N° Registro: 40945050

Imprime: KEHTSIA JULIEH SOLANO MARTINEZ.

4084

IPS SALUD VITAL GUAJIRA SAS

NIT: 901226064-0
Teléfonos: 3215597846 Dirección: CARRERA 2 N35 - 50 - RIOHACHA

VITAL SALUD

Consecutivo: 0100020125
Fecha: 14/11/2025

Paciente: CC 26970020 - REDONDO MOVIL YOLAIDA ROSARIO

FÓRMULA MÉDICA (Medicamentos e Insumos)

— Datos del afiliado —

Identificación: CC 26970020 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 26/07/1968 **Edad:** 57 AÑOS
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA **Ocupación:** No Aplica
Teléfonos: 3045944754 **Dirección:** CORREGIMIENTO DE DIBULLA CALLE 7 # 6 - 95
Contratante: CAJACOPI EPS SAS

DX Principal: F319 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO

Ítem	Servicio	Cantidad
1	MP00518 - CARBONATO DE LITIO DE 300 MG TAB	180
	Observaciones: TOMAR 1 TB CADA 12 HORAS POR 3 MESES VO	
2	MP00117 - OLANZAPINA 5 MG TABLETA	90
	Observaciones: TOMAR 1 TB 8 PM VO 3 MESES	
3	001500033 - RISPERIDONA 1 MG TABLETAS	90
	Observaciones: TOMAR 1 TB NOCHE VIA ORAL POR 3 MESES	
4	001500019 - BIPERIDENO 2 MG TABLETAS	90
	Observaciones: 1 TB DIA VIA ORAL POR 3 MESES	



BUENO ORTIZ SARA ESTHER
Especialidad: Psiquiatría
Identificación: 40945050
Nº Registro: 40945050

40.80

IPS SALUD VITAL GUAJIRA SAS

901226064-0

Teléfonos: 3215597846

Dirección: CARRERA 2 N35 - 50 - RIOHACHA

VITAL SALUD

Atención N° 0100492744

Fecha de Atención: 14/11/2025

Página 1 de 1

Paciente:

26970020 - REDONDO MOVIL YOLAIDA ROSARIO

HISTORIA CLINICA DE CONTROL PSIQUIATRIA

Datos del afiliado

Identificación: CC 26970020 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 26/07/1968 **Edad:** 57 años, 3 meses, 19 días
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA
Dirección: CORREGIMIENTO DE DIBULLA CALLE 7 # 6 - 95 **Zona:** Rural
Ocupación: No Aplica
Escolaridad:
Contratante: CAJACOPI EPS SAS **Autorizacion:**
Teléfonos: 3045944754 **Plan:** SUB EVENTO SUBSIDIADO
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional **Especialidad:** Psiquiatria
Profesional: 40945050 - BUENO ORTIZ SARA ESTHER

Diagnósticos

Principal [Presuntivo]: (F319) TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO.

EXAMEN MENTAL: FEMENINA QUE VIENE A CONSULTA TRAIDA POR SU HERMANA MARBELIS REDONDO CON ANTECEDENTES DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, CON MANEJO MEDICO, ACTUALMENTE MANIFIESTA QUE NO HA PRESENTAADO CAIDAS DESDE SU PROPIA ALTURA, SE SIENTE MUY BIEN, MANIFIESTA QUE CURSA CON BUEN CICLO DE SUEÑO Y BUEN PATRON DE ALIMENTACION VIENE POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN ALTERACIONES EN LA MARCHA, BIEN VESTIDO , HACE CONTACTO VISUAL Y LO MANTIENE, AFECTO MEJOR MODULADO , CONCIENTE, MEMORIA SIN FALLOS, EUPSIQUICA, EULALUCA, , PENSAMEINTO LOGICO, NIEGA IDEAS DELIRATES, NIEGA ALTERACIOENS SENSOPERCEPTIVAS, CON BUEN CICLO DE SUEÑO, CONTROL DE IMPULSOS MOTORES

ANALISIS: FEMENINA CON MEJORIA DE ESTADO DE ANIMO, MODULADA CON MEDICAMENTOS SE MANTIENE ESQUEMA PSICOTERAPEUTICO

PLAN: 1 CITA EN 3 MESES PSIQUIATRIA
3 CARBONATO DE LITIO 300 MG 1 TB CADA 8 HORAS
4. OLANZAPINA TB 5 MG 1 TB NOCHE VIA ORAL
5. RISPERIDONA TB 1 MG 1TB CADA 24 HORAS
6 BIPERDIENO TB 2 1 TB CON LAS MAÑANAS
RECOMENDACIONES GENERALES

BUENO ORTIZ SARA ESTHER
Especialidad: Psiquiatria
Identificación: 40945050
N° Registro: 40945050

Imprime: KENYSA LUCER SOLANO MARTINEZ