REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.925.573**

REDONDO MOVIL

APELLIDOS

OMAIRA BEATRIZ

NOMBRES

Omaira Redondo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1972**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

18-MAR-1991 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01319342-F-0040925573-20220920 0065392689G 2 8505254418

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Dylan David Arrieta Cos			CC	1 123 403 401	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
16/12/2005	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
19	Hombre	✓	Cada Cop	Trastorno del Plexo braquial	
	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 11 # 4-21	
Barrio / Vereda		Bella Vista	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Desplazado
Pertenencia étnica:	SÍ ✓ NO	¿Cuál?	Afro
Género	Femenino		
	Masculino ✓		

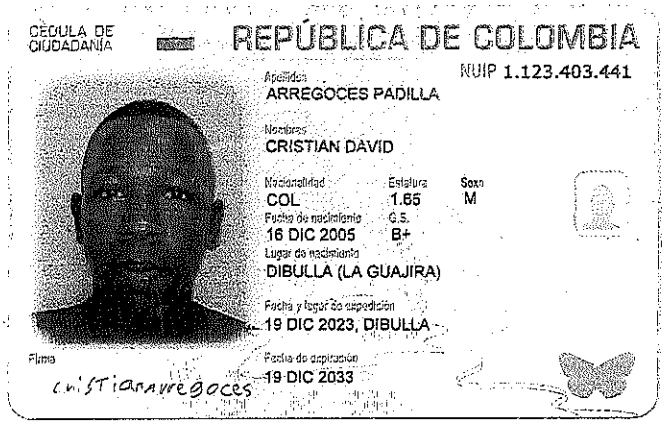
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Yeini Padilla Mendoza	CC ✓	CE	PP	76 926 976
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
madre	madre			Barrera 11
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			

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	Diario	mañana

70-M



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.403.441

Apellidos
ARREGOCES PADILLA

Nombres
CRISTIAN DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
16 DIC 2005

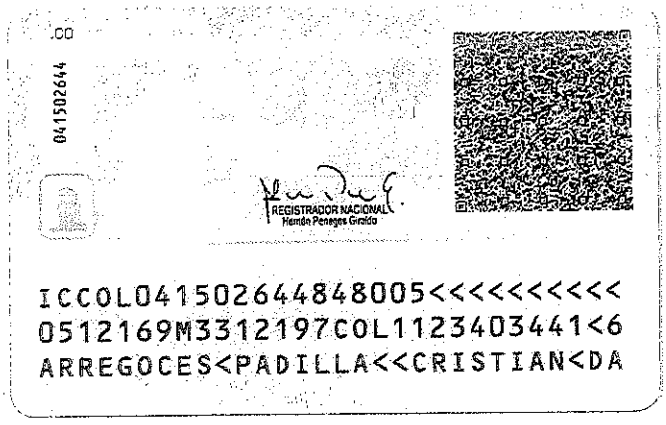
G.S.
B+

Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
19 DIC 2023, DIBULLA

Firma
cristianarregoces

Fecha de expiración
19 DIC 2033



.CO

041502644

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL041502644848005<<<<<<<<<<
0512169M3312197COL11234034 41<6
ARREGOCES<PADILLA<<CRISTIAN<DA

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
CRISTIAN	DAVID	ARREGOCES	PADILLA

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: 1123403441

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
JNDACION REINTEGRAR RV	2022	6	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	0.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	45.00
Participación	50.00
GLOBAL	26.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b729.3 b780.3 b789.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d550.2 d910.3 d920.2

La salud es de todos | Minsalud

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, *CRISTIAN DAVID ARREGOCES PADILLA* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma Documento: TI-1123403441

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

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

40.94

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 - 85156

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. CC 1123403441

FECHA DE REMISION 28-Abr-2025 04:57 pm

NOMBRE DEL PACIENTE ARREGOCES PADILLA CRISTIAN DAVID

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

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

EDAD	SEXO M	SEXO F
19 Años		X

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [44]

MUNICIPIO: DIBULLA [090]

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

DIRECCION: invasión

TELEFONO: 3332918252

BARRIO / VEREDA: -BARRIO SIN DATO

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO: AREINIS MENDOZA

DIRECCION: DIBULLA

TELEFONO: 3332918252

CIUDAD / BARRIO:

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

NOMBRE: CAJACOPI

CODIGO: CCF055

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

SERVICIO A DONDE SE REMITE: ORTOPEDIA

IMPRESION DIAGNOSTICA

TRASTORNOS DEL PLEXO BRAQUIAL CODIGO: [G540]

TIPO DX: Confirmado repetido

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

VALORACION DE CUADRO DE SECUELA DE LESION DEL NERVIA BRAQUIAL

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]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE

FIRMA

FECHA RESPUESTA (Mes Día Año)

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

4097

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.976.976

PADILLA MENDOZA
APELLIDOS

YEINY YULETZA
NOMBRES



Yeiny Padilla
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-1985
CURUMANI
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-ENE-2004 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00585946-F-0026978976-20150410 0043823635A 1 41868579

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Carmen Maria Flores			CC	76 965 101	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
04/12/1940	Uribia		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
84	Hombre		Sanitas		
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física, intelectual, Psicosocial Multiple	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		Carrera 9 # 7-04	
Barrio / Vereda		11 de Febrero	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO X	¿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:
Kelly M. Ibarra	CC ✓	CE	PP	No 423 128
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hija	Hija			
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
300 8162360				

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		

40.99



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 26.965.101
FLOREZ DE DELUQUE
APELLIDOS
CARMEN MARIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1940
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-ENE-1974 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO

A-4800500-68145437-F-0026965101-20050405 0044306095B 02 204555584

4.100

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
CARMEN	MARIA	FLORES	DE DELUQUE
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: 26965101

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	12	30

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	95.83
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

b125.4 b144.3 b147.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.478

3. Codigos Actividades y Participación

d570.4 d879.4 d920.4

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.

CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM RIOHACHA
Fecha: 23/09/2025, 11:26:43

CONTRAINDICACIONES

DATOS DEL PRESTADOR
NIT: 901041691
Código: 440010117308
Dirección: CALLE 3 N 6 - 53 - Teléfono: 6460060
Departamento: 44-GUAJIRA
- Municipio: 001-RIOHACHA
Entidad a la que solicita (Pagador): Colsanitas Plan Modular M10
Código: EMP023

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: 26965101 - Identificación: CC 26965101
Dirección: BARRANQUILLA - Teléfono(s): 3015789852
Departamento: 08-ATLANTICO - Municipio: 001-BARRANQUILLA (DISTRITO ESPECIAL)

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: CARMEN MARIA [illegible]
Identificación: CC [illegible]
Fecha de nacimiento: [illegible]
Dirección: BARRANQUILLA - [illegible]
Correo electrónico: [illegible]
Carné: 16-101626-30-1 - [illegible]
Departamento: 44-GUAJIRA - [illegible]
Cobertura en salud: Régimen Con

PLAN DE MANEJO

- Diagnóstico(s): I10X - Hipertension esencial (primaria), Principal. K297 - Gastritis, no especificada, Secundario

- Se formula Cetirizina 5mg/5mL (1mg/mL) Jarabe Tomar (vía Oral) 5 mL cada 24 hora(s) por 15 día(s), Sodio alginato+sodio bicarbonato [illegible] susp oral Tomar (vía Oral) 5 mL cada 8 hora(s) por 30 día(s).

- Se ordena MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA.

CONTROL

El paciente requiere nuevamente control con la especialidad en 30 días.

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice al especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Daisy Herrera Pertuz

Daisy Herrera Pertuz - Medicina Interna
CC 40880546 - Registro médico 40880546
- Impreso: 23/09/2025, 11:37:23

Firma y documento de identidad del paciente
(Firmo solamente por cada servicio recibido)

Original

Impresión realizada por: dherrera

Firmado Electrónicamente

Powered by CamScanner

CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM RIOHACHA

CONTRAREFERENCIA

Fecha: 23/09/2025, 11:26:43

DATOS DEL PRESTADOR
NIT. 901041691
Código: 440010117308
Dirección: CALLE 3 N 6 - 53 - Teléfono: 6466060
Departamento: 44-GUAJIRA
- Municipio: 001-RIOHACHA
Entidad a la que solicita (Pagador): Colsanitas Plan Modular M10
Código: EMP023

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: 26965101 - Identificación: CC 26965101
Dirección: BARRANQUILLA - Teléfono(s): 3015789852
Departamento: 08-ATLANTICO - Municipio: 001-BARRANQUILLA (DISTRITO ESPECIAL)

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: CARMEN MARIA [illegible]
Identificación: CC 26965101 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 04/12/1940 - Edad: 84 Años
Dirección: BARRANQUILLA - Teléfonos: [illegible]
Correo electrónico: E.D.S.JERUSALEN@HOTMAIL.COM
Carné: 16-101626-30-1 - Historia Clínica: [illegible]
Departamento: 44-GUAJIRA - Municipio: [illegible]
Cobertura en salud: Régimen Otro

18/8/23 HB 9.9 HTC 28.1 GLUCOSA 87 HBA1C 5.5% HDL 42 K 3.98 LDL 130.3 MICROALBUMIURIA 26 TG 51 TSH 2.19 T3 1.08 COLESTEROL TOTAL [illegible] 1.18 MG/DL UROANALSIS NORMAL
19/1/23 TSH 1.08 T4 1.34 WBC 9.97 HB 10.1 HTC 31.2 VCM 91.1 PLQ 311.000 TROPININA NEGATIVO MICROALBUMINURIA 46.9 CK MB [illegible] COLESTEROL TOTAL [illegible] MG/DL CK 54.6 CR 1.13 GLUCOSA 83 MG/DL HBA1C 5.9% HDL 51 K 4.23 TG 56 MG/DL UROANALISIS NORMAL
EKG RITMO SINSUAL FC 75 NORMAL
ECOCARDIOGRAMA 30/1/23 DISFUNCION DIASTOLICA SIVENTRICULAR, DISFUNCION DIASTOLICA TRIPO I EN VI, INSUF AORTICA [illegible]
MITROAORTOESCLEROSIS , HTP MODERADA
8/3/22 TSH 1.77 T4 1.28 HB 10.1 HTC 31.2% MICROALBUMINURIA 5.2 MG/L ACIDO URICO 4..4 COLEST 192 CR 1.08 GLUCOSA 87 AST [illegible] HDL [illegible]
97MG/DL UROANALISIS NO PATOLOGICO
ECOCARDIOGRAMA 8/3/22 RETARDO EN RELAJACION DEL VI FE 67.8% INSUF MITRAL Y AORTICA LEVE, INSUF TRICUSPIDEA MODERADA,
MITROAOTOESCLEROSIS
DENSITOMETRIA 15/3/22 OSTEOPOROSIS
ECO DOPPLR CUELLO 7/3/22 SIN ALTERACION EN LA HEMODINAMICA DE FLUJO ARTERIAL EN SISTEMA CAROTIDEO VERTEBRAL QUE [illegible]

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Deisy Herrera Pertuz - Medicina Interna
CC 40880546 - Registro médico 40880546
- Impreso: 23/09/2025, 11:37:23

Firma y documento de identidad del paciente
(Firme solamente por cada servicio recibido)

Original

Impresión realizada por: deiherrera

Powered by CamScanner

4.103

CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM RIOHACHA

CONTRARREFERENCIA

Fecha: 23/09/2025, 11:26:43

DATOS DEL PRESTADOR
NIT, 901041691
Código: 440010117308
Dirección: CALLE 3 N 6 - 53 - Teléfono: 6466060
Departamento: 44-GUAJIRA
- Municipio: 001-RIOHACHA
Entidad a la que solicita (Pagador): Colsanitas Plan Modular M10
Código: EMP023

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: 26965101 - Identificación: CC 26965101
Dirección: BARRANQUILLA - Teléfono(s): 3015789852
Departamento: 08-ATLANTICO - Municipio: 001-BARRANQUILLA (DISTRITO ESPECIAL)

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: CARMEN MARIA FLOREZ DE DE LUQUE
Identificación: CC 26965101 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 04/12/1940 - Edad: 84 Años
Dirección: BARRANQUILLA - Teléfono(s): 3015789852 - 3015789852
Correo electrónico: E.D.S.JERUSALEN@HOTMAIL.COM
Camó: 16-101620-30-1 - Historia Clínica: 26965101
Departamento: 44-GUAJIRA - Municipio: 001-RIOHACHA
Cobertura en salud: Régimen Otro

FOCAL PROXIMAL O DISTAL ENGROSAMIENTO DE ESPESOR DEL SITEMA ARTERIAL CAROTIDEO
8/2/22 T4 1.01 TSH 7.13 GLUCOSA 79 MG/DL HBA1C 5.9% ACIDO FOLCIO 24 SEROLOGIA VDRL NO REACTIVO VIT B12 238
RX DE COLUMAN LUMBOSACRA LEVE CAMBIOS ESPNDILOARTROSICO,, LESION DISCAL L5S1
RX DE TORAX 17/1/22 CARDIOMEGALIA, AORTOESCLEROSIS ATEROMATOSIS AORTICA
TAC DE CRANEO 4/2/22 CMABIOS INNVOLUTIVOS EN PARENTUI,A CEREBRAL, SINGOS DE ENFERMEDAD ISQEUMICA MICROANGIOPATICA LEUCOARAIOSIS, SINGOD DE ATEROMATOSIS EN ARTERIA VERTEBRALES Y AORTICA INTERNA

8/2/2021 WBC 8.66 HB 11.2 HTC 35.6% VCM 94.6 PLQ 318.000 ACIDO URICO 3.8 MG/DL COLESTETROL TOTAL 285 MG/DL CR 0.9 MG/DL GLUCOSA 197 MG/DL HDL 62 MG/DL K 3.96 LDL 205 MG/DL MICROALBUMINURIA 11.7 TG 88 MG/DL UROANLAIAIS AMARILLO, LIG TURBIA, H 6.0 D 1020 PROTE NEGA GLUCOSA NEG
19/2/2020 HB 12.3 HTC 36.7WBC 10.3 PLQ 297.000 T3 2.20 TSH 16.7 BUN 13.7 CR 0.99 GLUCOSA 77 MG/DL AST 18 ALT 7 UREA 29 MG/DL UROANALIS NORMAL
Análisis: OCTE FMEENINA DE 84 AÑOS CON CIFRAS DE PRESION ELEVADA CON POTERIOR CONTROL NORMAL SE SOLICTA MAPA

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Deisy Herrera Pertuz - Medicina Interna
CC 40880546 - Registro médico 40880546
- Impreso: 23/09/2025, 11:37:23

Firma y documento de identidad del paciente
(Firmo solamente por cada servicio recibido)

Original

Impresión realizada por: deiherrera

Firmado Electrónicamente

4 104

CENTRO MEDICO [illegible] PREMIUM [illegible]

[illegible]

DATOS DEL PACIENTE

[illegible]

DATOS DEL RESPONSABLE

[illegible]

[illegible] UROCULTIVO NEGATIVO
[illegible] HIPERTENSION SISTOLICA AISLADA [illegible]
[illegible] WBC [illegible]
[illegible] UROANALISIS PATOLOGICO

[illegible] UROCULTIVO KLEBSIELLA PNEUMONIAE [illegible]
[illegible] WBC [illegible]
[illegible] GLUCOSA [illegible] MG/DL UROANALISIS [illegible]
[illegible] WBC [illegible]
[illegible] PROTE [illegible]
ECOCARDIOGRAMA [illegible] VENTRICULO IZQUIERDO CON [illegible]
INSUF AORTICA LEVE DISFUNCION DIASTOLICA TIPO I
[illegible] MICROANGIOPATICA VASCULAR [illegible]

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

[illegible] - Medicina Interna
CC [illegible] - Registro médico [illegible]
Impreso: [illegible]

Original

Firma [illegible]

4105

CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM RIOHACHA

(CONTRAREFERENCIA)

Fecha: 23/09/2025, 11:26:43

DATOS DEL PRESTADOR
NIT. 901041691
Código: 440010117306
Dirección: CALLE 3 N 6 - 53 - Teléfono: 6466060
Departamento: 44-GUAJIRA
- Municipio: 001-RIOHACHA
Entidad a la que solicita (Pagador): Colsanitas Plan Modular M10
Código: EMP023

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: 26965101 - Identificación: CC 26965101
Dirección: BARRANQUILLA - Teléfono(s): 3015789852
Departamento: 08-ATLANTICO - Municipio: 001-BARRANQUILLA (DISTRITO ESPECIAL)

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: CAIDUN MARIA [illegible]
Identificación: CC [illegible] - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: [illegible]
Dirección: BARRANQUILLA
Correo electrónico: [illegible]
Cama: 16-[illegible]
Departamento: 44-GUAJIRA - Municipio: [illegible]
Cobertura en salud: [illegible]

DATOS DE LA CONTRAREFERENCIA MANUAL

Fecha de la interconsulta	Médico Interconsultante	Especialidad
23/09/2025	Deisy Herrera Portuz	Medicina Interna

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Resumen de la atención

Motivo de consulta: CONTROL Enfermedad actual: PCTE FEMENIA DE 84 AÑOS HTA EN TTO CON PERIDOPRIL/AMLODIPINO [illegible] DIA [illegible] HIPOTIRIODISMOS LEVOTIROXINA EUTIROX 75 CMG REFIERE HIJA CON DEMENCIA SENIL PROGRESIVO CONTROL [illegible] DIA, RIVASTIGMINA PARCHE DIA, TRAZODONA 50MG NOCHE, HTA EN TTO ILTUX 20MG DIA REFIERE INGRESO A [illegible] ELEVADA CON PSOTEIR NORMALIDAD REFIERE TOS SECA CON AUEMNTO PERISTALSIS INTESTINAL

LAORTAORIOS

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Deisy Herrera Portuz

Deisy Herrera Portuz - Medicina Interna
CC 40880546 - Registro médico 40880546
- Impreso: 23/09/2025, 11:37:23

Firma y Documento de identidad del paciente
(Firma solamente por cada servicio realizado)

Original

Impresión realizada por: deherrera

Firmado Electrónicamente

4.126

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.923.128**

DE LUQUE FLORES

APELLIDOS

KELI JAQUELINE

NOMBRES

Kelly Jaqueline

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ABR-1968**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-MAY-1988 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00213404-F-0040023128-20100208 **0020723944A 1** 25542811

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Bertha Victoria Ruiz R.			C.C.	26969.496	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
23.01.2	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
72	Hombre		Nueva E.P.S	Osteo Artrosis	
	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	
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:
Rosalba Redondo Ramirez	CC	CE	PP	26969-081
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			Calle 7
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3116749403.				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

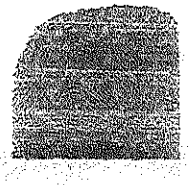
¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No.		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.989.496
RUIZ REDONDO
APELLIDOS
BERTHA VICTORIA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1952
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,66 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-ENE-1974 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-4800500-00180264-F-0026989496-20090822 0018413954A 1 25480323

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
BERTHA	VICTORIA	RUIZ	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: 26969496

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	7	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	29.17
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b799.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s799.368

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.4 d4600.4 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.

4.11

CERIN CENTRO MEDICO SEDE LIBERTADOR

NIT: 900794134-1

EMPRESA : IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

ORDEN MEDICA Nro. 305441

Fecha de impresión del documento: 11/11/2025 16:50

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	TELÉFONO
CC. 26969496	BERTHA VICTORIA RUIZ REDONDO	72 AÑOS, 10 MESES, 13 DIAS	FEMENINO	3116749403

DIRECCION	REGIMEN	EPS	FECHA DE ORDEN
Calle 7 # 7 -44	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	11/11/2025

PATOLOGIA

M150 - (Osteo)artrosis primaria generalizada - - -

CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES
886011	OSTEODENSITOMETRIA POR TC	OSTEOPENIA
873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	BILATERAL
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	15 SEISONES POLIARTROSIS
890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	3 MESES

rm 5165407

PEDRO FABIAN ZUCHINI MIRANDAR.M.: 5165407
FIRMA ESPECIALISTA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

4.112

PRE-AUTORIZACION DE SERVICIOS

Solicitada el: 12/11/2025 11:22:21
Impresa el: 12/11/2025 11:24:32

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: **(POS-8376) P017-367510439**
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.26969496 **RUIZ REDONDO BERTHA VICTORIA**

Edad: 72 **Fecha Nacimiento:** 29/12/1952 **Tipo afiliado:** BENEFICIARIO (SISBEN-1)
Dirección Afiliado: CL 7 7 44 **Departamento:** LA GUAJIRA 44 **Municipio:** DIBULLA 090
Teléfono afiliado: (5) - 3116749403 **Teléfono celular afiliado:** 3116749403 **Correo electrónico:** fharadivar@gmail.com
I.P.S. Primaria : SUBSIDIADO-ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JES

Solicitado por : IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA
Nit: 900794134 - 1 **Código:** 440010095404
Dirección: CALLE 6 N 4-42 - BARRIO:CENTRO **Departamento:** LA GUAJIRA 44 **Municipio:** RIOHACHA 001
Teléfono: (5) -

Ordenado por: ZUNCHINI MIRANDA PEDRO FABIAN
Remitido a : FARMACIA UNICA ETICOS
Nit: 892300678 - 7 **Código:** 000000000000
Dirección: CUALQUIER FARMACIA DE LA RED ETICOS **Departamento:** ATLANTICO 08 **Municipio:** BARRANQUILLA 001
Teléfono: (5) -

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx:	M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
MD015138	1	BETAMETASONA DIPROPIONATO + BETAMETASONA FOSFATO DISODICO 10/4 MG (SUSPENSION INYECTABLE*

Afiliado no cancela ningun valor por concepto de Pago Moderador o Copago

ENTREGA NUMERO: UNO VALIDA PARA RECLAMAR SERVICIOS DESDE EL 12/11/2025 Y HASTA EL 11/12/2025 **

Manejo Integral segun guia: NO

Firma Afiliado ó Acudiente

Autorizador: ELEAZAR SEGUNDO CARDOZO QUINTERO
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta es una PRE-AUTORIZACIÓN. La IPS debe generar la autorización definitiva por Internet ó a través del call center de autorizaciones al teléfono en Bogotá 3 07 70 23, a Nivel Nacional 01 8000 94 88 11 ANTES de prestar el servicio.

Esta autorizacion debe hacerse efectiva a partir del 12/11/2025

N

*** * Referencia - Cuenta Medica: P017-367510439**
Registro impreso por: ELEAZAR SEGUNDO CARDOZO QUINTERO

CERIN CENTRO MEDICO SEDE LIBERTADOR

NIT: 900794134-1
COD. PRESTADOR: 440010095411
EMPRESA: IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

HISTORIA CLÍNICA ORTOPEDIA

Referencia: 1292676

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CC. 26969496	BERTHA VICTORIA RUIZ REDONDO	29/12/1952	72 AÑOS, 10 MESES, 13 DIAS
SEXO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA**	**GRUPO POBLACIONAL**
FEMENINO		NINGUNO DE LOS ANTERIORES	POBLACION EN CONDICION DE
NIVEL DE ESTUDIO	**OCUPACION**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
NO DEFINIDO	NO TENGO INFORMACION	Calle 7 # 7 -44	3116749403
FINANCIADOR	**RÉGIMEN**	**PRIMER INGRESO**	**ÚLTIMA ATENCIÓN**
NUEVA EPS	SUBSIDIADO	11/11/2025 02:53 PM	11/11/2025 02:53 PM
MODALIDAD	**UBICACION**		
INTRAMURAL			

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA

	MOTIVO DE CONSULTA
11/11/2025	CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

	ENFERMEDAD ACTUAL
11/11/2025	PACT CON CUADRO DE LARGA DATA ASOCIADO A LIMITACION FUNCIONAL MAS POLIARTRALGIA POR LO CUAL ACUDE A CONTROL EL DIA DE HOY RX DE COLUMNA DORSOLUMBAR EVIDENCIA ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR LEVE ESPONDILOARTROSIS MULTIPLE DISCOPATIA LUMBAR RX DE RODILLA GONARTROSIS COXARTROSIS EXPLICO A PACT PATOLOGIA Y CONDUCTA DOY MANEJO

EVOLUCIÓN

	Evolución
11/11/2025	PACT CON CUADRO DE LARGA DATA ASOCIADO A LIMITACION FUNCIONAL MAS POLIARTRALGIA POR LO CUAL ACUDE A CONTROL EL DIA DE HOY RX DE COLUMNA DORSOLUMBAR EVIDENCIA ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR LEVE ESPONDILOARTROSIS MULTIPLE DISCOPATIA LUMBAR RX DE RODILLA GONARTROSIS COXARTROSIS EXPLICO A PACT PATOLOGIA Y CONDUCTA DOY MANEJO

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

	Peso (Kgs)	Talla (Cms)	Tension arterial	Frecuencia cardiaca	Frec. Respiratoria	Temperatura	Imc	Perimetro Braquial(Cms)	Perimetro Abdominal
11/11/2025	80	165	120/80	80	20	36	-	-	-

INSPECCION FISICA

	Cabeza - Cara - Cuello
11/11/2025	NORMAL

Cardio - Pulmonar

	Cardio - Pulmonar
11/11/2025	NORMAL

Abdominal

	Abdominal
11/11/2025	NORMAL

Extremidades

	Extremidades
11/11/2025	NORMAL

Genito - Urinario

	Genito - Urinario
11/11/2025	NORMAL

Piel y Faneras

	Piel y Faneras
11/11/2025	NORMAL

Sistema Nervioso Central

	Sistema Nervioso Central
11/11/2025	NORMAL

Otras observaciones

	Otras observaciones
11/11/2025	NORMAL

ANALISIS

	ANALISIS
11/11/2025	NORMAL

DIAGNOSTICOS

FECHA	DIAGNÓSTICOS	TIPO
11/11/2025 02:53 PM	[DX PRINCIPAL]: M150.(Osteo)artrosis primaria generalizada	3 - CONFIRMADO REPETIDO

IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A | NIT: 900794134-1
CERIN CENTRO MEDICO SEDE LIBERTADOR | CALLE 15 NO. 7-93 BARRIO EL PROGRESO | Tel: 3183305751
Generado por Eldyhealth 2.0

4.114



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.969.091
REDONDO RAMIREZ

APELLIDOS

ROSALBA

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1934
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-ABR-1957 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4800500-00185248-F-0026969081-20091011 0017060303A 1 25480495



FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Luis Alberto Mendoza			C.C.	84.028.065	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
9 Abril 1961	Riohacha		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
64	Hombre	✓	Caja cap.	Diabetes Mellitus	
	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:		Las casitas	
Barrio / Vereda		Las casitas	
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:
Delsy Carmona	CC ✓	CE	PP	25829350.
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
D				Las casitas.
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3044836600.				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

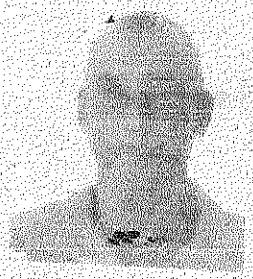
¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

4.117

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 84.028.065
MENDOZA DEL PRADO
APELLIDOS
LUIS ALBERTO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1961
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

14-DIC-1981 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4800500-01064542-M-0084028065-20190227 0064675280A 1 5021922059

4.118

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	ALBERTO	MENDOZA	DEL PRADO

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: 84028065

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	8	31

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	50.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b420.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s498.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.2 d920.1

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.

4.120

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

Pág. 1

440900022701 - ORDS - 130479

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

IDENTIFICACIÓN No. CC 84028065

FECHA DE REMISION 20-Nov-2025 03:28 pm

NOMBRE DEL PACIENTE MENDOZA DEL PRADO LUIS ALBERTO

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

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

EDAD: 64 Años (S / M / X)

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA [44] — DIBULLA — 3044836600 — Las casitas

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

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

MARIA PEREZ — DIBULLA — 3044836600 — CIUDAD / BARRIO

NOMBRE Y APELLIDO — DIRECCION — TELEFONO

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

CAJACOPI — CCF055 — [1 X] [2] [3] — CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

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

IMPRESION DIAGNOSTICA

DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION CODIGO: [E119] — TIPO DX: Confirmado nuevo

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HTA+ DM TIPO II ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS NORMALES, HIDRATADO, AFEBRIL, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE, . GLUCOMETRIA EL DIA DE HOY FUERA DE METAS, SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA INTERNA

Dr. Valentina Rodriguez Lastra
Medico General
R.M 10065 1067

INSTITUCIÓN QUE REMITE 440900022701

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE MED- VALENTINA RODRIGUEZ LASTRA 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]

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 84028065 **MENDOZA DEL PRADO LUIS ALBERTO** **H, 64 Años (9-Abr-1961)**

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: Unión Libre - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Residencia: DIBULLA - Teléfono: 3044836600 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Las casitas (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: MARIA PEREZ (TIA) - Dirección: DIBULLA - Teléfono: 3044836600

Apertura HIPERTENSION + DIABETES del 20-Nov-2025 03:22 pm: 64 Años

Id: 199082

***

MOTIVO DE CONSULTA

CC OL HTA+ DM TIPO 2

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HTA+ DM TIPO II QUE ASISTE A CONTROL EN EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO, CON BUEN ESTADO GENERAL, REFIERE REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA, CON ADHERENCIA A MANEJO MÉDICO INSTAURADO

**** ANTECEDENTES CLINICOS ****

Antecedentes Familiares

HTA: Si

Diabetes: Si

Factores de Riesgos Asociados

Obesidad: No

Actividad Física: Si

Cons. De Alcohol: Si

Sust. Sicoactivas: No

Fecha Última citologia:

Hábitos Alimentarios:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

HIPERTENSION ARTERIAL
DIABETES MELLITUS T2

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

NIEGA

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NIEGA

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

ANTIPERSTENSIVOS
ANTIDIABETICOS

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: HIPERTENSION ARTERIAL
MADRE: DIABETES MELLITUS

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1057] VALENTINA RODRIGUEZ LASTRA - Identificación: 1006571067 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA - [440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

****Evolución del 20-Nov-2025 03:22 pm: 64 Años**

Id: 271225

Fecha de grabación: 20-Nov-2025 0

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 84028065 MENDOZA DEL PRADO LUIS ALBERTO H, 64 Años (9-Abr-1961)

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

****TAMIZAJE SPA****

ALCOHOL

Consume alcohol?: Si

Tipo de consumo: Esporadico

Tipo de bebida: CERVEZAS
WHISKY

TABACO

Consume cigarrillo: No

Cantidad:

BEBIDAS ENERGIZANTES

Cantidad (botellas):

****MEDICAMENTOS****

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Medicamentos actualmente utilizados:

Indique plan terapeútico ajustado:

****INTERCONSULTAS****

MEDICINA INTERNA

Fecha:

Observaciones:

NUTRICION

Fecha:

Observaciones:

****ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADOLESCENCIA - JUVENTUD - ADULTEZ - VEJEZ)****

ALIMENTACION Y NUTRICION

Describa el desayuno del día anterior: AREAPA QUESO

Describa el almuerzo del día anterior: PESCADO, ARROZ PLATANO

Describa el cena del día anterior: BOLLO QUESO

¿ Que tipo de merienda?:

Consumo de sal:: Medio

Consumo de azucar:: Medio

Consumo de grasas:: Medio

Consumo de agua:: Si

Número de vasos: 4.00

Consumo de frutas diarias: Si

Número de porciones al día: 1.00

Consumo de verduras diarias: Si

Número de prociones al día: 1.00

Observacions generales:

ACTIVIDAD FISICA

¿ Realiza actividad física?: No

Número de días a la semana:

Tipo de actividad física:

Duración de cada rutina (Minutos)::

SUEÑO

Número de horas de sueño diarias: 7.00

¿ Tiene problemas para coincidir el sueño?: No

¿ Que realiza para esto?:

¿ Considera su sueño reparador?: Si

TIEMPO LIBRE

¿ Que actividad realiza en su tiempo libre?: NO

4.125

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **25.879.350**
CARMONA VILORIA

APELLIDOS
DELCY DEL CARMEN

NOMBRES

DELCY

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1966**
SAHAGUN
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-JUL-2003 CIENAGA DE ORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

A-4800150-01515026-F-0025879350-20250702 0146061547G 1 8515665293


TROPICAL

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Enavis Hernandez Carmona			CE.	1.003 498 971	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
17-11-1989	SAHAGUN, Cordoba		Cordoba	SAHAGUN	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
36	Hombre		Caja Copi	Esguince Cardinco	
	Mujer	✓			
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Física			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	Cuajira		Albania	
Dirección de vivienda:					
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:
	CC	CE	PP	
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			

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. 124

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.003.498.971



Apellidos
HERNANDEZ CARMONA

Nombres
ENALVIS DEL ROSARIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
17 NOV 1989

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAHAGUN (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
10 FEB 2011. RIOHACHA

Firma

Fecha de expiración
27 SEPT 2034

.CO

055737380

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL055737380048001<<<<<<<<<<
8911171F3409279COL1003498971<7
HERNANDEZ<CARMONA<<ENALVIS<DEL

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
ENALVIS	DEL ROSARIO	HERNANDEZ	CARMONA

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: 1003498971

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	27

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	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	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	43.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b249.4 b399.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.2 d920.2

4.13

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	ENALVIS DEL ROSARIO HERNANDEZ CARMONA	**Tipo de Documento**	CC	**Identificacion**	CC 1003498971
Fecha Nac	17/11/1989	**Edad**	36 años	**Sexo:**	F
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3044836600		
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				

HISTORIA CLÍNICA DE CONTROL MED. ESPECIALIZADA

No.: 8904904 **Edad del paciente:** 36 años 8días **Fecha de la nota:** 25/11/2025 8:09:52 a. m.

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE ASISTE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN TALON DE VARIOS MESES DE EVOLUCION. TRATADO CON ANALGESICOS SIN MEJORIA.

EX FISICO: PRESENCIA DE MARCHA ANTALGICA, DOLOR A LA DIGITOPRESION DE TALON.

Examen Físico

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A
120	80	Normal

PESO (kg)	TALLA (Cms)	I.M.C	Clasificación antropométrica (IMC)
79	168	27,99	Sobrepeso

F. CARDÍACA (Lat*Min)	TEMPERATURA. (°C)	F. RESPIRATORIA (Res/Min)
80	36	18

CABEZA

.

OJOS

.

OTORRINO

.

CUELLO

.

CARDIOPULMONAR

.

ABDOMEN

.

GENITOURINARIO

.

EXTREMIDADES

.

S.N.C .

OTROS HALLAZGOS .

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

(M773) ESPOLON CALCANEO

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

4.134

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **84.028.065**
MENDOZA DEL PRADO
APELLIDOS
LUIS ALBERTO
NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-1961**
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

14-DIC-1981 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4800500-01064542-M-0084028065-20190227 0064675280A 1 5021922059



FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Lihu Sandrid Hamburger Cuadrado			TI	1.118.862.874	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
08/12/2014	Riohacha		La guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
11	Hombre		Sanitas S.A.S		
	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:			
Barrio / Vereda		El Jabon	
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:
Lina Isabel Cuadrado ortega	CC ✓	CE	PP	1.118.868.088
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			

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?

4.137

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

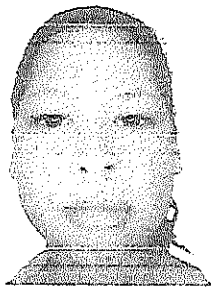
NÚMERO **1.118.862.874**
HAMBURGER CUADRADO

APELLIDOS
LIHU SANDRID

NOMBRES

Lihu

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-2014**
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-DIC-2032 **AB+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

11-MAY-2023 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADURÍA NACIONAL
ALEJANDRO VEGA MACHA

ÍNDICE DERECHO

P-4600500-01358417-F-1118862874-20230511 0113358347A 1 9508191366

4.140

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.118.868.088**

CUADRADO ORTEGA

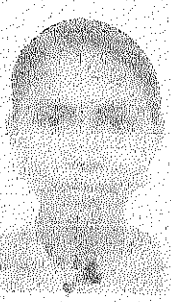
APELLIDOS

LINA ISABEL

NOMBRES

Lina Isabel Cuadrado

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-ENE-1998**

LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-ABR-2016 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4800100-00841393-F-1118868088-20160729 0050546208A 1 44936239



FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Sina Cuadrado Ortega			C.C.	1118.868.088	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
31 Enero 1988	Sonca		Cordoba	Tibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
26 años	Hombre		Nuevo E.p.S	Luxación congenita de la 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	Tibulla.
Dirección de vivienda:		Calle 7 Karrera 7 calle 4	
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:
Jose Humberto Campo	CC	CE	PP	1.010 088 326
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Esposo	Esposo			Kra 7 Calle 4
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			

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?

4-143

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

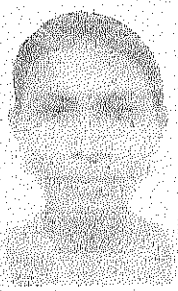
NÚMERO **1.118.868.068**

CUADRADO ORTEGA

APELLIDOS

LINA ISABEL

NOMBRES



Lina Isabel Cuadrado

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-ENE-1998**

LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-ABR-2016 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4800100-00841393-F-1118868068-20160729 0050546208A 1 44936239

4.144

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
LINA	ISABEL	CUADRADO	ORTEGA
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: 1118868088

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	70.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2 b710.3 b7603.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s7401.372

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4501.4 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
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.

4.146

IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

NIT: 900794134-1
COD. PRESTADOR: 445600095401
SEDE: CENTRO MEDICO CERIN EL

CERIN
CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACIÓN INTEGRAL

HISTORÍA CLÍNICA ORTOPEDIA

Referencia: 662271

IDENTIFICACIÓN CC. 1118868088	**NOMBRES Y APELLIDOS** LINA ISABEL CUADRADO ORTEGA	**FECHA NACIMIENTO** 31/01/1998	**EDAD** 26 AÑOS, 9 MESES, 22 DIAS
SEXO FEMENINO	**ESTADO CIVIL** UNION LIBRE	**PERTENENCIA ETNICA** INDIGENA	**GRUPO POBLACIONAL** POBLACION SISBENIZADA
NIVEL DE ESTUDIO BASICA SECUNDARIA	**OCUPACION** Ama de casa	**DIRECCIÓN** CRA 7 CALLE 4 - 32 BARRIO EL PERU	**TELÉFONO**
FINANCIADOR NUEVA EPS	**RÉGIMEN** SUBSIDIADO	**PRIMER INGRESO** 22/11/2024 02:41 PM	**ÚLTIMA ATENCIÓN** 22/11/2024 02:41 PM
MODALIDAD INTRAMURAL	**UBICACION**		

ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACTE CON ANTECEDENTE DE LUXACION DE CADERA IZQ A LOS 5 AÑOS POR CAIDA QUE AMERITO TTO QX SEGUN PACTE ACTUALMENTE CON REPORTE DE IMAGEN DE CADERA CON LUXACION DE CADERA IZQ RESTO NORMAL NO PRESENTA IMAGEN SOLO REPORTE SE SOLCIITA ESTUDIO COMPLEMENTARIO ASOCIAOD A PANORAMICA DE MIEMBRO INFERIORES ADEMAS CADERA COMPARATIVA

EVOLUCION

FECHA	EVOLUCION	FIRMA
22/11/24 02:41 PM - 03:01 PM	PACTE CON ANTECEDENTE DE LUXACION DE CADERA IZQ A LOS 5 AÑOS POR CAIDA QUE AMERITO TTO QX SEGUN PACTE ACTUALMENTE CON REPORTE DE IMAGEN DE CADERA CON LUXACION DE CADERA IZQ RESTO NORMAL NO PRESENTA IMAGEN SOLO REPORTE SE SOLCIITA ESTUDIO COMPLEMENTARIO ASOCIAOD A PANORAMICA DE MIEMBRO INFERIORES ADEMAS CADERA COMPARATIVA	STANLEY RAFAEL CUENTAS CORREA

DIAGNÓSTICOS

Fecha	Diagnóstico	Tipo
22/11/2024	[Diagnóstico principal] Q650.Luxacion congenita de la cadera, unilateral	1 - IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
22/11/2024	Rx DE CADERA COMPARATIVA Rx PANORAMICA DE MIEMBRO INFERIORES CITA POR ORTOPEDIA CON IMAGEN AINES

PLAN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Fecha	Medicamento	Cantidad	Posología
22/11/2024	DICLOFENACO SODICO 25 MG / TRAMADOL CLOHIDRATO 25 MG TABLETAS	40 TABLETA	

PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA ATENCION	STANLEY RAFAEL CUENTAS CORREA	C.C.1118811270	R.M. :	1118811270	FIRMA:

4. 146

IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

NIT: 900794134-1

SEDE : CENTRO MEDICO CERIN EL LIBERTADOR RIOHACHA

CERIN
CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION INTEGRAL

ORDEN MEDICA Nro. 102238

Fecha de impresión del documento: 22/11/2024 15:36

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
CC. 1118868088	LINA ISABEL CUADRADO ORTEGA	26 AÑOS, 9 MESES, 22 DIAS	FEMENINO		CRA 7 CALLE 4 - 32 BARRIO

CONVENIO	PATOLOGIA
2024_NUEVAEPS_EVENTO_ESPECIALISTAS_GUAJIRA	Luxacion congenita de la cadera, unilateral

CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES
873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	
873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	
890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	CON IMAGEN

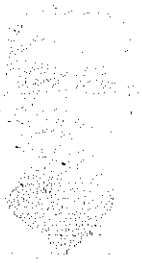
441029

STANLEY RAFAEL CUENTAS CORREA
T.P.: 1118811270

4.149

[illegible] DE CIUDADANIA
[illegible] DE CIUDADANIA

[illegible] 1.010.068.[illegible]
CANTO DEL PRADO
[illegible]
YOEL HUMBERTO
[illegible]





FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1981
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

28-DIC-2009 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4800500-00213404-M-1010681529-20100209 0020769776A 1 25543210


4150

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número
Clara Elena Perez-Redondo			TI	1.123 419 941
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio: / País:
12-06-2012	Santamarta		Magdalena	Santamarta - Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico / Fecha de ingreso a la Modalidad:
13	Hombre		Caso Cop.	Epilepsia, Retraso Mania de difícil Control, de orden Genetica
	Mujer	—		

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
	SÍ —	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO		
Dirección de vivienda:	Calle 5 #968		
Barrio / Vereda	Mercado		
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:
Yesin Redondo Ferrera	CC —	CE	PP	26-976 957.
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			Calle 5 #968
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			

4.152

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.123.410.941
PEREZ REDONDO

NOMBRES
CLARA ELENA

FIRMA Clara Perez



FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-2012
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

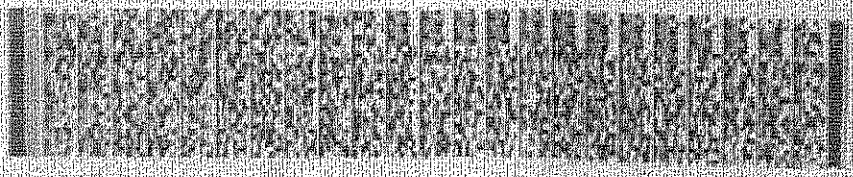
12-JUL-2030 B- F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

09-OCT-2025 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



HUELLA

FIRMA AUTORIZADA



4.153

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
CLARA	ELENA	PEREZ	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	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X				

Número de documento de identidad: 1123410941

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	5	31

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	45.83
Movilidad	10.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.368

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d175.3 d4154.1

Neurológico	PACIENTE ACTIVA REACTIVA, SIN ASIMETRIAS FACIALES, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS, FUERZA MUSCULAR PRESERVADA GENERALIZADA, NO PRESENTA ATAXIA, NO PRESENTA DISMETRIAS
Piel y Faneras	SIN LESIONES

DIAGNÓSTICOS

Fecha	Diagnóstico	Tipo
18/10/2025	[Diagnóstico principal] G402.Epilepsia y sindromes epilepticos sintomaticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales complejos [Observación] EPILEPSIA REFRACTARIA DE DIFÍCIL DE CONTROL DE ORIGEN GENÉTICO	3 - CONFIRMADO REPETIDO

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
18/10/2025	PACIENTE CON CON EPILEPSIA REFRACTARIA DE ORIGEN GENETICO, SECUNDARIO A MUTACION DEL GEN SC1A2, QUIEN PRESENTA BUENA RESPUESTA A LAS CRISIS CON EL INICIO DEL BRIVARACETAM, SE CONSIDERA EL DIA DE HOY: 1. MANTENGO LACOSAMIDA TABLETA DE 100MG CADA 8 HRS** 2. MANTENGO CANNABIDIOL NEVIOT 500MG/5ML 4 CC CADA 12 HRS ** 3. SE MANTIENE DIETA CETOGÉNICA KETOCAL 2.5:1 LÍQUIDO 200 ML / TETRAPRISMA UNA CADA 8 HRS 4. MANTENGO BRIVARACETAM TABLETA DE 100MG CADA 8 HRS** 5. MANTENGO ACIDO VALPROICO CAPSULA DE 250MG DOS CAPSULAS CADA 8 HRS. 6. RECOMENDACIONES GENERALES. 7. CONTROL EN CUATRO MESES

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Fecha	Medicamento	Cantidad	Posología
18/10/2025	LACOSAMIDA 100MG TAB	360 TABLETA	
18/10/2025	CANNABIDIOL NEVIOT 500MG/5ML	16	
18/10/2025	DIETA CETOGÉNICA KETOCAL 2.5:1 LÍQUIDO 200 ML / TETRAPRISMA	360	
18/10/2025	VALPROICO ACIDO TAB O CAP 250 MG	720 TABLETA	
18/10/2025	BRIVARACETAM TABLETA DE 100MG	360	

PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA ATENCION	RAY VICENTE DELUQUE BAUTE	C.C.5135376	R.M. :	5135376	FIRMA Dr. Ray Deluque Baute NEUROPEDIATRA R.M. 200-61

4.156

FUNDACION VIDA CON AMOR IPS

NIT: 900139859
SEDE : MAICAO
DIRECCIÓN: CRA. 26 NO. 3-74 FONSECA - TELEFONOS: 7755549 - 3012344412 -

FUNDACION VIDA CON AMOR I.P.S

FÓRMULA MÉDICA

Fecha de Impresion del documento: 29/10/2025 16:55

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
TI. 1123410941	CLARA ELENA PEREZ REDONDO	13 AÑOS, 3 MESES, 17 DIAS	FEMENINO	3014574093	CTGO DIBULLA
ESPECIALIDAD	**ESPECIALISTA DE LA SALUD**	**FINANCIADOR**	**RÉGIMEN**	**No. DE ORDEN**	**LUGAR Y FECHA**
NEUROPEDIATRÍA	RAY VICENTE DELUQUE BAUTE	CAJACOPI	SUBSIDIADO	246318	MAICAO 18/10/2025

PATOLOGIA

G402 - Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales complejos - - -

MEDICAMENTO	CANTIDAD	POSOLOGÍA Y VIA DE ADMINISTRACIÓN	OBSERVACIONES E INDICACIONES
LACOSAMIDA 100MG TAB	(360) (trescientos sesenta)	1 TAB, ORAL CADA 8 HORAS POR 120 DIA(S)	
CANNABIDIOL NEVIOT 500MG/5ML	(16) (dieciseis)	4 CC, ORAL CADA 12 HORAS POR 120 DIA(S)	
DIETA CETOGÉNICA KETOCAL 2.5:1 LÍQUIDO 200 ML / TETRAPRISMA	(360) (trescientos sesenta)	200 ML, ORAL CADA 8 HORAS POR 120 DIA(S)	
VALPROICO ACIDO TAB O CAP 250 MG	(720) (setecientos veinte)	2 CAP, ORAL CADA 8 HORAS POR 120 DIA(S)	
BRIVARACETAM TABLETA DE 100MG	(360) (trescientos sesenta)	1 TAB, ORAL CADA 8 HORAS POR 120 DIA(S)	

Dr. Ray Deluque Baute
NEUROPEDIATRA
R.M. 200161

RAY VICENTE DELUQUE BAUTE R. M. : 5135376
FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLARA ELENA PEREZ REDONDO
FIRMA DEL PACIENTE

MEDICAMENTO	CANTIDAD	POSOLOGÍA Y VIA DE ADMINISTRACIÓN	OBSERVACIONES E INDICACIONES
LACOSAMIDA 100MG TAB	(360) (trescientos sesenta)	1 TAB, ORAL CADA 8 HORAS POR 120 DIA(S)	
CANNABIDIOL NEVIOT 500MG/5ML	(16) (dieciseis)	4 CC, ORAL CADA 12 HORAS POR 120 DIA(S)	
DIETA CETOGÉNICA KETOCAL 2.5:1 LÍQUIDO 200 ML / TETRAPRISMA	(360) (trescientos sesenta)	200 ML, ORAL CADA 8 HORAS POR 120 DIA(S)	
VALPROICO ACIDO TAB O CAP 250 MG	(720) (setecientos veinte)	2 CAP, ORAL CADA 8 HORAS POR 120 DIA(S)	
BRIVARACETAM TABLETA DE 100MG	(360) (trescientos sesenta)	1 TAB, ORAL CADA 8 HORAS POR 120 DIA(S)	

Dr. Ray Deluque Baute
NEUROPEDIATRA
R.M. 200161

RAY VICENTE DELUQUE BAUTE R. M. : 5135376
FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLARA ELENA PEREZ REDONDO
FIRMA DEL PACIENTE

4.157

FUNDACION VIDA CON AMOR IPS

NIT: 900139859

SEDE : FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS MAICAO

ORDEN DE SERVICIO MEDICO Nro. 272387

Fecha de impresión del documento: 29/10/2025 16:55

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
TI. 1123410941	CLARA ELENA PEREZ REDONDO	13 AÑOS, 3 MESES, 17 DIAS	FEMENINO	3014574093	CTGO DIBULLA

FECHA DE ORDEN	CONVENIO	PATOLOGIA
18/10/2025	CAJACOPI POR EVENTO	Epilepsia y sindromes epilepticos sintomaticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y

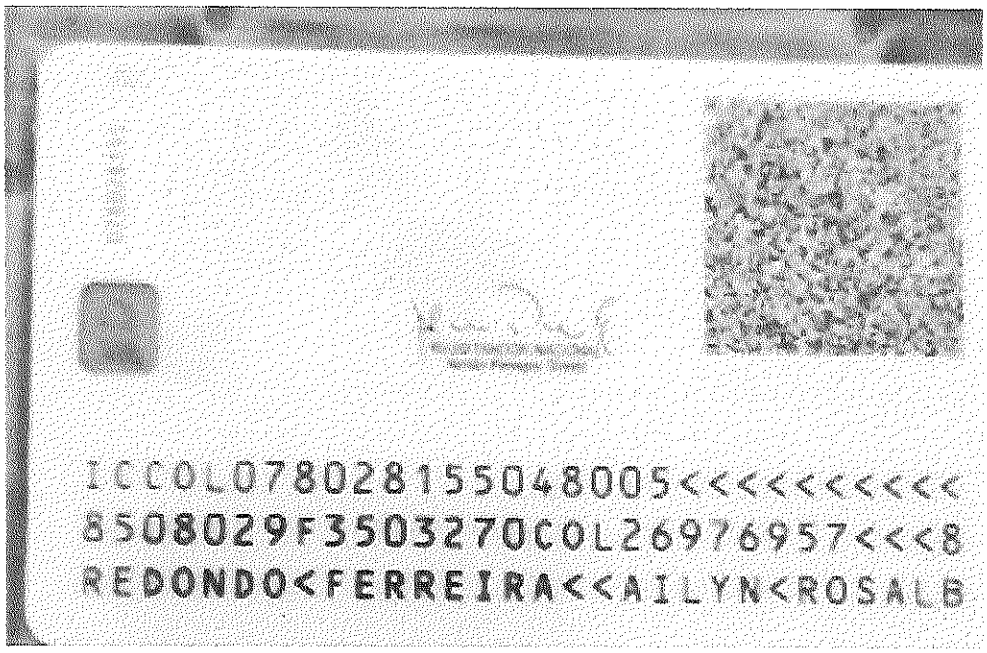
CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES
890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	CONTROL EN CUATRO MESES.

Dr. Ray Deluquez Baute
NEUROPEDIATRA
R.M. 200161

RAY VICENTE DELUQUE BAUTE
T.P.: 5135376

4.155


REPUBLICA DE COLOMBIA


ICCOL0780281550480O5<<<<<<<<<<<
8508029F3503270COL2697695 7<<<8
REDONDO<FERREIRA<<AILYN<ROSALB

FUNDACIÓN FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Alfredo Alberto Hosute Frede			CC	84.084.022	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
20/07/1977	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
48 años	Hombre	✓	Caja Copi	Neuralgia y Neuritis no especificada	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		La Punta de los Remedios	
Dirección de vivienda:		Casa con # de residencial, interior, torre y apartamento			
Barrio / Vereda		Calle de las vacas			
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:
Edilma Freles Mendoza		CC ✓	CE	PP	26.976.795
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Mamá	Mamá				Calle 1ª Las Flamas
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3128710865 - 3148724425		edilinda2@hotmail.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?

4.160

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **84.084.022**

MOSCOTE FREILE

APELLIDOS

ALFREDO ALBERTO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-JUL-1977**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **M** SEXO

13-MAY-1996 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00252487-M-0084084022-20100826 **0023**598921A 1 25616792

4.162

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
ALFREDO	ALBERTO	MOSCOTE	FREILE

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: 84084022

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	10	16

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	10.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b780.2 b789.2 b798.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.373

3. Codigos Actividades y Participación

d570.3 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
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.

Ponta. 4.163

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

E.S.E Hospital Santa Teresa de Jesus de Avila

NIT 825001037

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

No. Historia: 1440774 **Fecha Nota:** 9/08/2022 5:21 p. m.

Documento: 84084022	**Nombre:** ALFREDO ALBERTO MOSCOTE FREILE	**Fecha Nac:**	20/07/1977
Ingreso: 9/08/2022 5:15 p. m.	**Egreso:**	**Afiliacion:**	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA | COMFAGUAJIRA MORBILIDAD SUB
Edad: 45 años 20 días	**Telefonos:** 3128620865	**Dirección:**	DIBULLACalle 1 Carrera 2 Y 3 DIBULLA

INTERCONSULTA

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA	DOLOR EN ARTICULACIÓN DE HOMBROS CON NEURALGIA
NAP	.CUADRO DE LARGA DATA DADO POR DOLOR EN AMBOS HOMBROS QUE SE IRRADIADO A MIEMBROS SUPERIORES QUE EVOLUCIONA CON PARESTESIAS Y PERDIDA DE LA FUERZA CON POCA RESPUESTA A MANEJO MEDICO

Impresión Diagnostica: M255 DOLOR EN ARTICULACION

M792 NEURALGIA Y NEURITIS, NO ESPECIFICADAS

RODOLFO HERNANDEZ
RM 44352
MEDICINA GENERAL

E.S.E HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

Fecha Impresión: 9/08/2022 5:28:22 p. m.

OTROS HALLAZGOS	Ninguno

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	Ninguno

CONDUCTA

PLAN DE MANEJO Y PROCEDIMIENTOS	SE REMITE PARA VALORACION P0R ORTOPEDIA
RECOMENDACIONES	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

POBLACION EXPECIAL

ES VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	NO
ES DESPLAZADO POR LA VIOLENCIA	NO

Impresión Diagnostica: M255 DOLOR EN ARTICULACION
M792 NEURALGIA Y NEURITIS, NO ESPECIFICADAS

RODOLFO HERNANDEZ
RM 44352
MEDICINA GENERAL

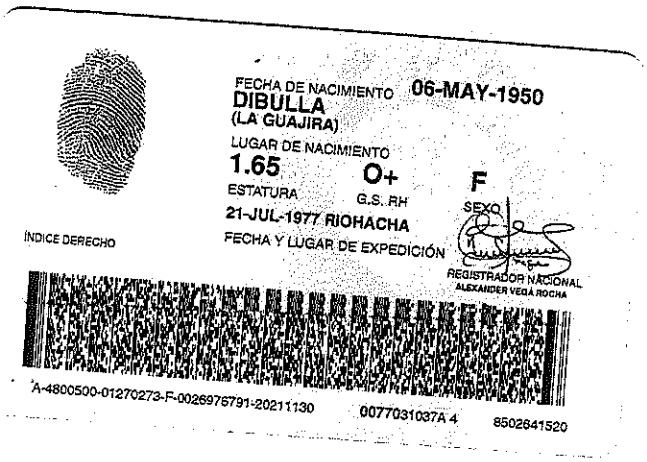




REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **26.976.791**
FREILES MENDOZA
APELLIDOS
IDELMA MARIA
NOMBRES

FIRMA

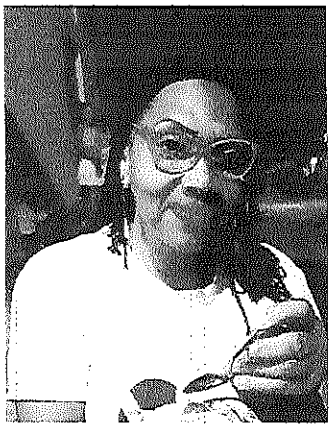


FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1950**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
21-JUL-1977 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01270273-F-0026976791-20211130 0077031037A 4 8502641520



Dibulla para ingresar
4. 168

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número 65167 74	
Betris del Carmen Guerra			CC.		
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
7 de Dic.	Benezuelo		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
55 años	Hombre		Cajo Copi	Sordo mudo.	
	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 5 Kra 7.	
Barrio / Vereda		Divino Niño	
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:
Florilis del Carmin Guerra	CC	CE	PP	6493742
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
hija				Calle 5 Kra 7
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
320 299 9162.				

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. 169

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
BELKYS	DEL CARMEN	GUERRA	
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

Número de documento de identidad: 6516774

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	7

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	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	50.00
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	31.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b310.4 b330.4 b398.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s298.453 s398.453

3. Codigos Actividades y Participación

d310.2 d350.2

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
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.

4.123

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6493342

GUERRA GUERRA
APELLIDOS

MARYELI DEL CARMEN
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

188605072001
DNI NO.

05-07-2001
FECHA DE NACIMIENTO

05-02-2025 BO[illegible] D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO





FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos				Tipo Identificación:	Número	
Marta Leonor Campo				C.C.	40-902757	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:			Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
05-06-1977	Riohacha			Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:	
60	Hombre		Caja Cop.	Dermatitis OPtica 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	Guajira		Riohacha		
Dirección de vivienda:		Carrera 11 # 478				
Barrio / Vereda		Bella Vista				
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:
Mariel Mantilla	CC ✓	CE	PP	1123405337
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hijo	Hijo			Carrera 11 # 478
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3503573573				

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 **40.912.787**

CAMPO

APELLIDOS

MARTHA LEONOR

NOMBRES

Martha L Campo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **24-JUL-1957**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-JUL-1977 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-60203390-F-0040912787-20091215 0019076134A 1 5020084661

4. 172

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
MARTHA	LEONOR	CAMPO	

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: 40912787

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	12	9

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	50.00
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b445.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s499.388

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d640.2 d760.2

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, 21-Nov-2025

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

TOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
ntificación: CC 40912787 **CAMPO MARTHA LEONOR** **M, 68 Años (24-Jul-1957)**
iación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) - Nivel: NIVEL1 Número de afiliación:
turacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO)) Nivel: NIVEL1
ado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
idencia: DIBULLA- URB BELLA VISTA - Teléfono: 3147262217 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: Peru (Zona Urbana), Comuna:
MUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA
caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

ertura MEDICA GENERAL del 13-Nov-2025 03:06 pm: 68 Años
196336

***

O DE CONSULTA

)S

FERMEDAD ACTUAL

CIENTE CON ANTECEDENTE DE EPOC Q UIEN REFIERE UARO D E METEORISMO DE PREDOMINIO POSPRANDEAL

TECEDENTES PATOLÓGICOS

PERTENSION ARTERIAL
MA

TECEDENTES QUIRÚRGICOS

GATIVO

TECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

) REFIERE

TECEDENTES HOSPITALARIOS

GATIVO

TECEDENTES TRAUMÁTICOS

REFIERE

TECEDENTES FARMACOLÓGICOS

ITIHIPERTENSIVOS

TECEDENTES INMUNOLÓGICOS

GATIVO

TECEDENTES GINECOLÓGICOS

rtos vaginales: --, Cesáreas: --, Abortos: --, Gravidez: --, Ectópicos: --, cidos vivos: 0, Nacidos muertos: 0, Ultimo parto: --, Menarca: 0, Ciclo enstrual: --, Duración del ciclo: --, Menopausia: --, Inicio sexual: 0, mpañeros sexuales: 1, Embarazada: NO, Ultimo periodo: --, Edad stacional: --, Fecha probable de parto: --, Colposcopias: NO, Leucorrea:), Historia de infertitidad: NO, Ultima citología: --, Resultado citología: -- ras 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

MADRE: HIPERTENSION ARTERIAL

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NO REFIERE

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

Rodolfo Hernandez

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 13-Nov-2025 03:06 pm: 68 Años**
Id: 266770

Fecha de grabación: 13-Nov-2025 03:11 pm

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

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

TOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
ntificación: CC 40912787 **CAMPO MARTHA LEONOR** **M, 68 Años (24-Jul-1957)**

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

ÁMEN FÍSICO

spección general: NORMAL
ec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 17, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 61.0
s., Talla: 160 cms., IMC: 23.83 Peso Normal , Perímetro
itura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar:
nsciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI,
arentemente embriagado: NO
n arterial: Sentado: 120 / 60 (Optima / TA Media: 80), Acostado: --,
pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

BEZA Y CUELLO

ORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

RA, OJOS Y ORL

JCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS
ITROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

RAX, CORAZÓN Y PUL

METRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR
LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN
PLOS

DÓMEN Y LUMBAR

DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS,
DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

TEMA GENITO-URINA

SE EXPLORA

MIDADES Y PELVI

METRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

TEMA NEUROLÓGICO

N DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN
PLORACION DE PARES CRANEALES

L

N LESIONES APARENTES

TADO MENTAL

ORMAL

TEMA OSTEOMUSCULAR

ORMAL

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

SEGEIJT DE CUARO D EPOC

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

SE FORUAL MEDICALEMNTO PERTINENTE ERECOMENDACIONES

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-127874
Principal de consulta: [J449] ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA - Confirmado repetido
Relacionado a la consulta: [K30X] Dispepsia funcional
Relacionado a la consulta: [L209] DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA
Relacionado a la consulta: [M545] LUMBAGO NO ESPECIFICADO

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

No se hicieron Remisiones

Orden médica: 440900022701-OMED-105239, 13-Nov-2025

- BECLOMETASONA DIPROPIONATO LIQUIDO PARA INHALACIÓN BUCAL 250 MCG, SOLUCIÓN O SUSPENSIÓ, #2, INHALADOR, 3 PUFF CADA 8 HORAS

- BETAMETASONA CREMA 0.1%, CREMA, #1, TOPICA, APLICAR Cada 12 horas

- CARBONATO DE CALCIO 600 MG + VITAMINA D3 200 UI - TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 1 días

- DICLOFENACO SÓDICO TABLETA RECUBIERTA 50 MGQ, TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 8 horas

- NEOMICINA (SULFATO) + POLIMIXINA B SOLUCIÓN OFTÁLMICA ,3-,5, SOLUCION OFTALMICA, #1, OFTALMICA, PLICAR Cada 8 horas

- SALBUTAMOL (SULFATO) AEROSOL 100 MCG / INHALACIÓN, SOLUCIÓN PARA INHALA, #2, INHALADOR, 3 PUFF CADA 8 HORAS

- VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) TABLETA Ó CÁPSULA 5000 U.I., TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 1 días

Documento de venta asociado

ORDS-127874
Subsidiado: CAJACOPI EPS SAS ((SUBSIDIADO))
Servicio de ingreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 13.11.2025 14:23:10
Servicio de egreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]

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, 21-Nov-2025

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

TOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
ntificación: CC 40912787 **CAMPO MARTHA LEONOR** **M, 68 Años (24-Jul-1957)**

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

Rodolfo Hernandez

FESIONAL: [1001] RODOLFO HERNANDEZ - Identificación: CC 84035618 -
istro: 84035618 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
MICILIARIA
) 022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

4.18

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MOVIL CAMPO

MILIEER CREIDERMAN

COL | 1.70 | M

28 ABR 1989 | A+

SANTA MARTA (MAGDALENA

07 FEB 2008 DIBULLA

26 JUN 2035

1063965586

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL063965586248005<<<<<<<<<<<
8904285M3506260COL1123405837<1
MOVIL<CAMPO<<MILIEER<CREIDERMA

4.182

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
José elnecer Charris			RC	1123418578	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
24/08/2020	Riohacha		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
5	Hombre	✓	Caja Copi	Parálisis espástica	
	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:		Canta Rana			
Barrio / Vereda		Los Bomberos			
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:
Heydis Ramos		CC X	CE	PP	2839680
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
					Canta Rana
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3013153707					

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		

4.102

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.123.418.578

Indicativo Serial 60381982

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 9 A

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

REGISTRADURIA DE DIBULLA - COLOMBIA - LA GUAJIRA - DIBULLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHARRIS	RAMOS

Nombre(s)

JORGE ELIECER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes AGO Día 24	MASCULINO	O	NEGATIVO

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	16058281-0

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: RAMOS PIÑA HEYDI MARILIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 19072832	VENEZUELA

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: CHARRIS MAITAN JORGE MARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 7.140.762	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CHARRIS MAITAN JORGE MARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 7.140.762	Jorge Charris M.

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 04	HAROLD WILSON PEÑALVER VANEGAS - Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jorge Mario Charris Maitan - Firma	Nombre y firma

SERIAL NO. 60381982

ESPACIO PARA NOTAS

04.SEP.2020 - IDENTIFICACION DE DA-0 MAYOR VENEZOLANA NUIP 19.072.832

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA REGISTRADURIA MUNICIPAL

SE EXPIDE CONFORME AL ARTICULO 115

VALIDO PARA TODOS EFECTOS LEGALES

Autorizo Copia Registro Civil

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4.183

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JORGE	ELIECER	CHARRIS	RAMOS

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: 1123418578

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		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b399.2 b760.3 b780.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s298.278 s770.278 s798.278

3. Codigos Actividades y Participación

d131.2 d133.2 d455.2

4.184

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión		Firma
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807	Keinnys AG
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, *JORGE ELIECER CHARRIS RAMOS* manifiesto que: *SI*

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

Jorge Ramos Riño C.C. 19072832

Nombre y Firma Documento: RC-1123418578

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

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: RC 1123418578 ***CHARRIS RAMOS JORGE ELIECER*** ***H, 5 Años (24-Ago-2020)***

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

Etnia: Blanco,Residencia: CALLE - Teléfono: 3106211943 - Correo electrónico: isabelramos1703@gmail.com, Barrio: -BARRIO SIN DATO (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura RUTA DE PRIMERA INFANCIA ((7 DIAS A 5 AÑOS)) del 5-Sep-2025 08:52 am: 5 Años

Id: 165736

***

MOTIVO DE CONSULTA

PROGRAMA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE SALUD EN LA RUTA DE PRIMERA INFANCIA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

PARALISIS ESPASTICA
HIPOXIA NEONATAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

IRA

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

**** ANTECEDENTES FAMILIARES ****

Asma: No

Tuberculosis: No

Dermatitis atópica: No

Muerte en hermanos: No

Problemas de salud mental en los padres: No

Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas en los padres: No

Violencia intrafamiliar: No

Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Yulibeth Daza G

PROFESIONAL: [1012] MED- YULIBETH DAZA GONZALEZ - Identificación: CC 56078264 - Registro: 56078264 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022702] MINGUEO

****Evolución del 5-Sep-2025 08:52 am: 5 Años**

Id: 230457

Fecha de grabación: 5-Sep-2025 09:10 am

4.187

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 2839680

COL

RAMOS PIÑA
APELLIDOS

HEYDI MARILIN
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

19072832
DNI/DPN

12-06-1987
FECHA DE NACIMIENTO

04-02-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



FIRMA

E0692050

TIPO DE DERECHO

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

Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL2839680<<0<<<<<<<<<<<<<<<
8706124F3105308VENE0692050<<<8
RAMOS<PINA<<HEYDI<MARILIN<<<<<

FUNDACIÓN FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jose Carlo Navarro Barranco			CC	1.006 854 767	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
17 09 1987	Dibulla		La Guajira	Dibulla	
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
40	Hombre	✓	Dusavanni	~~Esquizofrenia~~ Epilepxia	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		Maicao	
Dirección de vivienda:		Calle 4 A - # 6-50			
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?	
Género				Femenino	
				Masculino X	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Yeimis Navarro		CC ✓	CE	PP	1.006.854.768
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**				**Dirección**
Hermana	Hermana				Calle 4-A
Teléfono fijo / Celular		**Correo electrónico**			
317 061 8096					

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

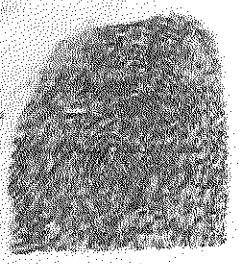
¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?		¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
No			*Mañana*
			Tarde
Institución pública	*Institución privada*		*Jornada Completa*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.854.267
NAVARRO BARRANCO
APELLIDOS
JOSE CARLOS
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1987
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
28-AGO-2009 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

4.190

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
JOSE	CARLOS	NAVARRO	BARRANCO

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: 1006854267

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	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	8.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b125.2 b126.2 b130.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378 s399.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.2 d920.3

ORGANIZACION CLINICA BONNADONA PREVENIR S.A.S [REvoSOAP]

800194798

Fecha: 14/07/25
Hora: 11:34:35
Página: 1

EVOLUCIÓN SOAP

Paciente CC 1006854267 **JOSE CARLOS NAVARRO BARRANCO**

Folio 44 **Fecha hora** 14/07/2025 11:29:16

SUBJETIVO

BAJO ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOLOCOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA ORGANIZACION MUNDIAL DE

LA SALUD E INSTITUCIONAL PARA LA PREVENCION DE INFECCION POR SARS-COV2/COVID 2019: LAVADO E HIGIENIZACION DE MANOS, AISLAMIENTO RESPIRATORIO (CUBREBOCA) VALORO A PACIENTE MASCULINO DE 37 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE:
*. ESQUIZOFRENIA
ANTECEDENTE DE EPILPSIA

OBJETIVO

CABEZA Y ORAL: NORMOCEFALA, MUCOSA ORAL HUMEDA . CUELLO: SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR. TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN TIRAJES. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO

SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO AGREGADOS PULMONARES. ABDOMEN: NO HAY DISTENSION ABDOMINAL PERISTALSIS (+) NORMAL, BLANDO, DEPRESIBLE,NO DOLOR A LA PALPACION , NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. GENITOURINARIO: GENITALES NO EXPLORADOS, DIURESIS (+) ESPONTANEA, PUÑO PERCUSION (-). EXTREMIDADES: EUTROFICAS, MOVILES SIN LIMITACION, SIN EDEMA, PULSOS PERIERICOS PRESENTES, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: CONSCIENTE, ORIENTADO, ALERTA, LENGUAJE COHERENTE, FUERZA DE EXTREMIDADES CONSERVADA, SIN DEFICIT MOTOR.
LABORATORIOS: HEMOGRAMA; LEUCOCITOS: 5.17: NEUTROFILOS: 50.7; LINFOCITOS: 35.5; NEUTROFILOS: 2.62:

HEMOGLOBINA: 13.8; HEMATOCRITO: 41.6; PLAQUETAS: 240.000; SODIO: 141.00; POTASIO: 3.43; CLORO: 106.00;

GLUCOSA: 117

RESULTADO

TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE: CONCLUSIÓN:

1.TAC DE CRÁNEO SIMPLE DENTRO DE LIMITES DE LO NORMAL.

ANALISIS

VALORO PACIENTE EN COMITE CON AUDITORAS DE SU EPS QUUEN INDICA MANEJO MEDICO AMBULATORIO CON PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA AMBULATORIO , PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES AFEBIRL HIDRATADA TOELRA LA VIA ORAL OXIGE AMBIENTE , TOPMOPGRAFIA SIN ALTERACIONES LABORATORIOS SIN ALTERACION DE LAS 3 LINEAS CELULARES , DURANTE ESTANCIA MEDICA NO PRESENTA CONVULSIONES EN MANEJO MEDICO ANTIEPILEPTICOS SIN COMPLICACIONES FAMIALRES Y PACIENTE INFORMADOS LOS CUALES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN

EGRESO MEDICO
VALORACION POR PSIQUIATRIA Y NUEROLOGIA AMBULATORIOS
CARBAMAZEPINA TABLETA 400 MG VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 30 DIAS
- QUETIAPINA TABLETA 25 M VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 30 DIAS
- TIAMINA TABLETA 300 MG VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 30 DIAS

UBALDO CABALLERO CHARRIS
Reg. 1737
MEDICINA INTERNA

14/07/2025 *** FIN DEL REPORTE *** 11:34:36

- Certificado
- firmar

4.195

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jose Fernando Perez Revollo			CC.	1.123.401.261	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
23/10/1987	Dibulla		La guajira	Dibulla	Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
38	Hombre	✓	Caja Copi	-Trastorno Psicotico Agudo Tipo Esquizofrenico -Retraso Mental No Especificado	DD/MM/AAAA
	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	Mingueo.	
Dirección de vivienda:		CL 8 # 4 - 44		
Barrio / Vereda		Alto Prado		
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Desplazado
Pertenencia étnica:	SÍ	NO ✓	¿Cuál?	
Género			**Femenino**	
			Masculino ✓	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

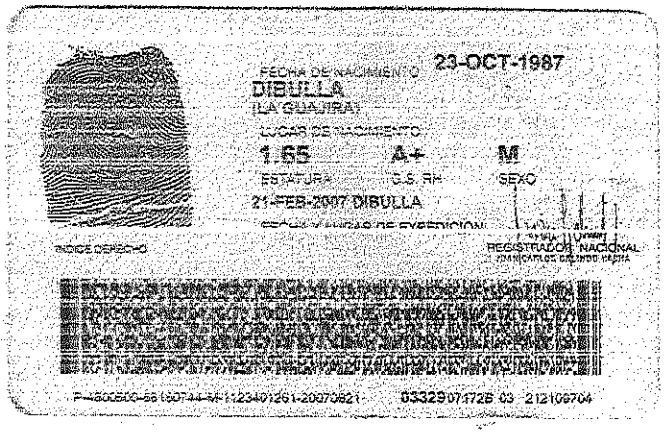
Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Mabel Esther Perez Revollo	CC ✓	CE	PP	39.030.940
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Madre	Madre			CL 8 # 4 - 44
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3222162566				

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*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.123.401.261
NUMERO
PEREZ REVOLLO
APELLIDOS
JOSE FERNANDO
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1987
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-FEB-2007 DIBULLA
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Comfaguajira

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA
(COMFAGUAJIRA)
NIT - 892115006 - 5
Familias Felices
SALIDA A MAICAO KM 1 MARGEN DERECHO EL PATRON
- 7270204 4602 - Riohacha - Colombia

CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA PSIQUIATRIA

890384 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha registro: 04/10/2022 09:12 **Ambito de atención:** Ambulatorio **Tipo identificación:** CC **Número de identificación:** 1123401261 **Nombre paciente:** JOSE FERNANDO PEREZ REVOLLO **Fecha nacimiento:** 23/10/1987 **Edad:** 34 Años/11 Meses/12 Dias **Género:** Masculino **Dirección:** MINGUEO **Ocupación:** NO APLICA **Nombre cliente - EAPB:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA COMFAGUAJIRA **Nombre convenio:** COMFAGUAJIRA - EVENTO USM

MOTIVO DE LA CONSULTA Y EVOLUCION

DATOS DEL ACOMPAÑANTE: NOMBRE : PARENTESCO : MADRE **Motivo de consulta:** CONTROL 3222162566 (LLAMAR ESTE NUMERO QUE ES EL DE LA MADRE) **EVOLUCION DE ENFERMEDAD ACTUAL:** ASISTE CON LA MADRE. EL PACIENTE QUIEN PRESENTA BUEN CICLO DEL SUEÑO, NO HA PRESENTADO SINTOMAS PSICOTICOS POSITIVOS, REALIZA ALGUNAS ACTIVIDADES SENCILLAS EN LA CASA. CUIDA UNOS GALLOS, SI LE DICEN QUE VAY A COMPRAR ALGO SE OLVIDA LO QUE TIENE QUE TRAER, POR MOMENTOS CON IRRITABILIDAD, CON CONTROL DE IMPULSOS MOTORES

ANTECEDENTES FAMILIARES GENERAL

ANTECEDENTES FAMILIARES:: NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

REVISION POR SISTEMAS.: NO REFIERE ANTECEDENTES PERSONALES: RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

EXAMEN CLINICO

Talla: 1,63 Metros **Peso:** 68,00 Kilogramos **T.A Sistolica:** 100 Milímetros de mercurio **T.A Diastolica:** 80 Milímetros de mercurio CONDUCTA DEL PACIENTE AL TOMAR PESO Y TALLA: CAMINAR 40 MINUTOS DIA EXAMEN FISICO: CONSCIENTE; ORIENTADA; AFECTO PUERIL: PENSAMIENTO LOGICO, COHERENTE, NO IDEAS DELIRANTES, NO IDEAS SUICIDAS: SENSOPERCEPCION SIN ALTERACION; MEMORIA CONSERVADA: DIFICULTAD EN LA ABSTRACCION, CALCULO; CONTROL D EIMPULSOS MOTORES.

CONSULTA

DIAGNÓSTICOS

RIPS CONSULTA

Número de autorización: 2022831089 **Fecha atención:** 04/10/2022 09:12 **Causa externa:** Enfermedad general **Finalidad de la consulta:** No aplica **Modalidad de Atención:** Telefónico **Principal Ingreso:** F232 - TRASTORNO PSICOTICO AGUDO DE TIPO ESQUIZOFRENICO **Tipo principal:** Confirmado repetido. **Relacionado 1 Ingreso:** F798 - RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO, **PLAN O TRATAMIENTO:** RISPERIDONA TABLETAS X mgs TOMAR 1 TABLETA EN LAS NOCHES
CITA PSIQUIATRIA EN 3 MESES.

ORDEN DE MEDICAMENTO:

	Cantidad	Dias Tratamiento	Vía administracio
04/10/2022 09:24 - ORDENES DE MEDICAMENTOS - PSIQUIATRIA - ENRIQUE FRANCISCO BRITO LALLEMAND			
20054213 RISPERIDONA TABLETA CUBIERTA CON PELICULA x 2 mg	90	90	Oral

ENRIQUE FRANCISCO BRITO LALLEMAND

Comfaguajira

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA
(COMFAGUAJIRA)
NIT - 892115006 - 5
Familias Felices
SALIDA A MAICAO KM 1 MARGEN DERECHO EL PATRON
- 7270204 4602 - Riohacha - Colombia

FORMULACIÓN MÉDICA

N° de registro: 181422 **Fecha registro :** 24/01/2023 03:58:48 p. m.

Paciente: CC 1123401261 JOSE FERNANDO PEREZ REVOLLO **Género:** Masculino **Edad:** 35 Años/3 Meses/1 Dias

Item	Cantidad	Frecuencia	Días Tratamiento	Vía administración	Concentración	Observaciones
RISPERIDONA TABLETAS X 2 mgs	180	1 TAB CADA 12 HORAS	90	Oral	2 MG	TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS
RETARDO MENTAL MODERADO CON AFECTACIOND E LA CONDUCTA Y TRASTORNO PSICOTICO	1					

CHERY TORRES FREYLE CC 40932767
N° de registro:

4.199

ENRIQUE BRITO LALLEMAD
PSIQUIATRA - UNIDAD DE SALUD MENTAL

CERTIFICA

Que, el señor **JOSEFERNANDO PEREZ REVOLLO,** identificado con cedula de ciudadanía número 1.123.401.261, expedida en Dibulla se encuentra en tratamiento psiquiátrico en la Unidad de Salud Mental; por presentar el siguiente diagnóstico: "Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico: Retraso mental leve: otros deterioros del comportamiento.".

La presente se expide a solicitud del interesado; para mayor constancia se firma en Riohacha a los 10 días del mes de febrero de 2020.

ENRIQUE BRITO LALLEMAD
Psiquiatra

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123401261 **PEREZ REVOLLO JOSE FERNANDO** **H, 38 Años (23-Oct-1987)**

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: CL 8 CR 3 - 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 7-Nov-2025 11:22 am: 38 Años

Id: 194857

***

MOTIVO DE CONSULTA

"PACIL RETOMAR CONTROL"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINO DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA Y RETRASO DE DESARROLLO NEUROPSICOMOTOR QUIEN ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE REFIRIENDO PERDIDA DE SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA. MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ESQUIZOFRENIA
RETRASO DE DESARROLLO NEUROPSICOMOTOR

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

Doctor
Carlos A. Peña Salazar
MÉDICO GENERAL
RM: 1006569063

PROFESIONAL: [1060] CARLOS ANDRES PEÑA ZALAZAR - Identificación: CC 1006569063 - Registro: 1006569063 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022702] MINGUEO

****Evolución del 7-Nov-2025 11:22 am: 38 Años**

Id: 264633

Fecha de grabación: 7-Nov-2025 11:28 am

4.203


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.030.940

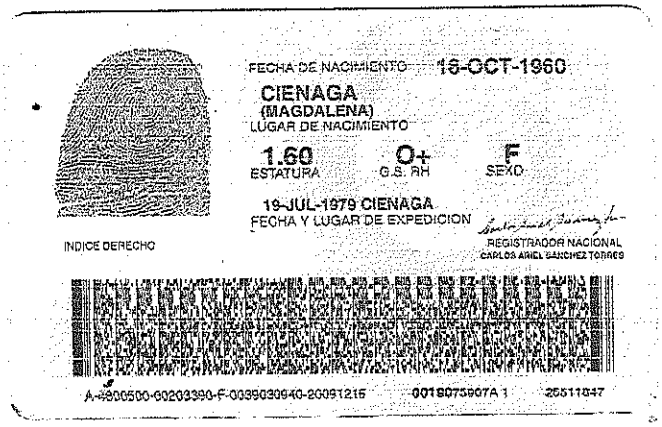
PEREZ REVOLLO

APELLIDOS

MABEL ESTHER

NOMBRES

FIRMA



4-204

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos				Tipo identificación:	Número	
Karol Yuliana Conrado				TI	1123407805	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:			Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
21 08 2008	Dibulla			La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:	
16	Hombre		Caja Copi	Retraso Mental leve. Deterioro del comportamiento Significativo		
	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	La Guajira	Dibulla – MINGUEO
Dirección de vivienda:		Calle 7 Carrera 7	
Barrio / Vereda		Campo alegre	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazado
Pertenencia étnica:	SÍ	NO ✓	¿Cuál?
Género			Femenino ✓ / Masculino

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Daviluz Peroche		CC X	CE	PP	1.006 854 483
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Madre	madre				Calle 7 Carre 7
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3022785932					

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?
Sí	Diario	Tarde

4-205

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.123.407.805

CONRADO BROCHERO
APELLIDOS

KAROL YULIANA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-2008
DIBULLA
LA GUAJIRA
LUGAR DE NACIMIENTO
21-JUL-2026 F
FECHA DE VENCIMIENTO
30-SEP-2015 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

P-4800500-00757655-F-1123407805-20151024 0047134671A 1 43252099

4.206

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
KAROL	YULIANA	CONRRADO	BROCHERO

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: 1123407805

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
2025	6	4

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	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	54.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	85.71

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b163.2 b164.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s110.288
3. Codigos Actividades y Participación
d598.3 d640.3 d910.3

IPS PEDIATRICA PASTOR Y MARIA
Dignificando la salud del Niño

EDIATRICA PASTOR Y MARIA S.A.S.
900780041-2
Calle 10 # 5-58
7257154 - 7285018 Cel: 315 312 2272

4.207

Datos del Paciente:					
Identificación:	TI - 1123407805	Nombre:	KAROL CONRRADO BROCHERO		
Dirección:		Municipio:		Teléfono:	
Fecha Nacimiento:	10 Años	Edad:	10 Años	Sexo:	F
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA				

HISTORIA CLINICA ESPECIALIZADA

Fecha/Hora
25/07/2018 11:49:00 AM

MOTIVO DE LA CONSULTA
REFERIDO PARA VALORACION

ENFERMEDAD ACTUAL
ESCOLAR FEMENINO DE 10 AÑOS, QUIEN ES REFERIDA POR PRESENTAR FALLAS EN LA AQUISICION DE LOGROS ACADEMICOS Y PROGRESIÓN ESCOLAR, ACTUALMENTE URSA POR CUARTA VEZ 1 ° GRADO DE EDUCACION BASICA. NO LOGRA LEER, NO REALIZA OPERACIONES ARITMETICAS, NO TIENE CONCEPTO DE NUMERO, ADEMAS PRESENTA CONDUCTAS DISRRUPTIVAS CONSISTENTENTE EN AGRESIONES A TERCEROS, BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION, INADECUADO AJUSTE A NORMAS Y LIMITES. ACUDE PARA VALORACION REFERIDA DE LA CONSULTA DE PEDIATRIA.
NIEGA ANTECEDENTES PERTINENTES.
EXAMEN FÍSICO: CC 53 CM, VIGIL, SE DEJA EXAMINAR. SE OBSERVAN LATENCIAS PROLONGADAS, CON LENGUAJE COMPRENSIVO INADECUADO PARA LA EDAD Y FALLAS ARTICULATORIAS EVIDENTES. PARES CRANEALES IMPRESIONA APARENTEMENTE NORMALES, (NO SE EXPLORAN I PAR), FM SIMÉTRICA, VI/VI, SIENDO LOS MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS ESPONTÁNEOS Y SIMÉTRICOS. TONO ADECUADO, REFLEJOS MIOTÁTICOS SIMÉTRICOS II/IV, NO CLONUS. REFLEJOS CUTÁNEO - ABDOMINALES PRESENTES. COORDINACIÓN Y MARCHA SIN ALTERACIONES. SENSIBILIDAD DOLOROSA, CONSERVADA. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO GENERAL NORMAL Y NO PERTINENTE.

ANTECEDENTES PERSONALES
-

ANTECEDENTES FAMILIARES

SIGNOS VITALES

Peso (en Kg)	28
Talla (en Metros)	-
Frecuencia Respiratoria	-
Frecuencia Cardiaca	-
Tension Arterial	-
Temperatura	-
Saturación de Oxígeno	-

ESQUEMA DE VACUNACION
-

EXAMEN FISICO

Cabeza Y Cuello	SLA
Oidos, Nariz, Garganta	NO REFIERE
Tórax	NO REFIERE
Abdomen y Lumbar	NO REFIERE
Sistema Genito-Urinario	NO REFIERE
Extremidades y Pelvis	NO REFIERE
Sistema Neurológico	NO REFIERE
Piel y Faneras	NO REFIERE
Sistema Osteo-Muscular	NO REFIERE
Estado Mental	NO REFIERE

IMPRESION DIAGNOSTICA
DEFICIT COGNITIVO.

4.209

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

GENITOURINARIO
Normoconfigurado.

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

OTROS HALLAZGOS Ninguno

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

EXTREMIDADES
Eutróficas sin Edemas. PIE EQUINOVARO IZQUIERDO

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 Ninguno

CONDUCTA

PLAN DE MANEJO Y PROCEDIMIENTOS SS VALORACION POR PEDIATRÍA
FORMULA MEDICA

RECOMENDACIONES
AISLAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO
USO CONTINUO DE TAPABOCAS
LÁVATE LAS MANOS CON FRECUENCIA,
NO SALUDES A LA GENTE CON BESOS O APRETONES DE MANO,
SI TOSE, CÚBRETE LA BOCA CON EL CODO FLEXIONADO O CON UN PAÑUELO DESECHABLE,
EVITA TOCARTE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA,
SIGUE LAS INDICACIONES DE LAS AUTORIDADES LOCALES Y NACIONALES
SIGNOS DE ALARMA: DIFICULTAD PARA RESPIRAR. DOLOR EN EL PECHO. FIEBRE PERSISTENTE. PERDIDA DE CONCIENCIA. CONVULSIONES.
SE DAN SIGNO DE ALARMA Y SE DAN RECOMENDACIONES PARA EVITAR CONTAGIO./LAVADO DE MANO CADA 3 HORAS /MANTENGA UNA DISTANCIA MÍNIMA DE 1 METRO/USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD/PERMANEZCA EN CASA SI NO SE SIENTE BIEN/SI TIENE TOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, BUSQUE RÁPIDAMENTE ASESORAMIENTO MEDICO, YA QUE PODRÍA DEBERSE A UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA U OTRA AFECCIÓN GRAVE

POBLACION EXPECIAL

ES VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO NO

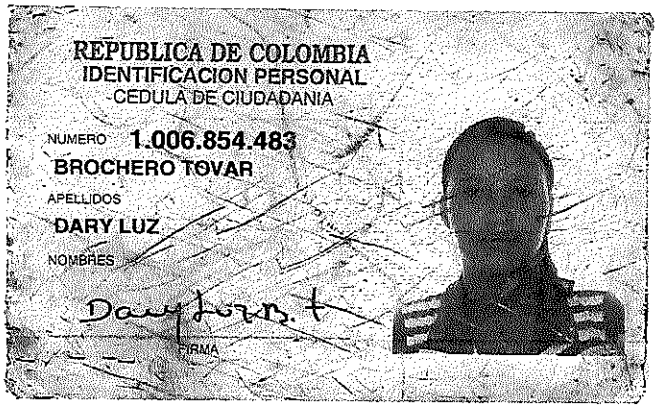
ES DESPLAZADO POR LA VIOLENCIA NO



MARIA JOSE OÑATE FRAGOZO
RM 1039457240
MEDICINA GENERAL

Impresión Diagnostica: Z553 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL BAJO RENDIMIENTO
E45X RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICION
Q02X MICROCEFALIA
M215 MANO O PIE EN GARRA O EN TALIPES, PIE EQUINOVARO O ZAMBO

Fecha Impresión: 16/07/2021 4:37:28 p. m.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.854.483
BROCHERO TOVAR
APELLIDOS
DARY LUZ
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1990
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
16-SEP-2008 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1500150-00261948-F-1006854483-20101026- 0022522050 35184848

4.211

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Kelli Figueredo Cotes			TI	1092939041	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
31-01 /2009	Santa Marta		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
15	Hombre	✓	Sanitas	Atu Epilepsia Sindrome Down	
	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	La Guajira		Dibulla – Mingueo	
Dirección de vivienda:		Detras de la			
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 X			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Hilda Rosa Cotes		CC X	CE	PP	57445088
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**				**Dirección**
Madre	Madre				las Casitas
Teléfono fijo / Celular		**Correo electrónico**			
3002165983					

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?

4.212

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.082.939.841**

IZQUIERDO GALVIS
APELLIDOS

KELIS JOHANA
NOMBRES

Kelly Izquierdo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-ENE-2009**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

31-ENE-2027 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

23-OCT-2017 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-00988884-F-1082939841-20180322 0050279006A 3 4414673954

4.213

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
KELIS	JOHANA	IZQUIERDO	GALVIS

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: 1082939841

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	5	8

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	54.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	53.57

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b125.3 b126.3 b139.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s199.378
3. Codigos Actividades y Participación
d910.3 d920.2

4.215

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **57.445.088**
GALVIS CHOGO
APELLIDOS
HILVA ROSA
NOMBRES

Hilva
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1967**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-DIC-1993 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01319342-F-0057445088-20220920 0085893120G 2 8505065839

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Kelly Johana Benitez Vanegas			TI	1176.213.041	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
03-9-2008	Riohacha-La Guajira		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
17 Años	Hombre		Caja copi Sub.	Retraso Mental Leve	
	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		Hatonuevo	
Dirección de vivienda:		Calle 1 Bis #4-36			
Barrio / Vereda		La Paz			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? D/Forzado	
Pertenencia étnica:		SÍ ✓	NO	¿Cuál? Indigena Zinu	
Género		Femenino ✓			
		Masculino			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Maria Isabel Vanegas Romero		CC ✓	CE	PP	1120.743.943
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Madre	Madre				Calle 1 Bis #4-36
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3234553244		mv0963871@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?
SI	Lunes A Viernes	Mañana

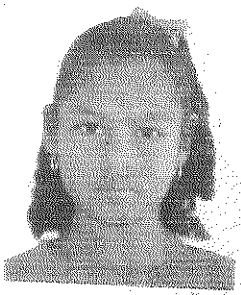
4.217

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.176.213.041
BENITEZ VANEGAS
APELLIDOS

KELLY JOHANA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-2008
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-SEP-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ F
G S RH SEXO

06-ABR-2016 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-4800500-00838699-F-1176213041-20160705 0050363630G 1 44933473

4.218

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
KELLY	JOHANA	BENITEZ	VANEGAS

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: 1176213041

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Dia
FUNDACION REINTEGRAR RV	2021	8	25

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	58.33
Movilidad	55.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	72.50
Participación	100.00
GLOBAL	60.14

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b1100.1 b117.1 b130.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378 s3203.378

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d175.4 d310.1

IPS PEDIATRICA PASTOR Y MARIA S.A.S.

4.226

900760041-2
Calle 10 # 5-58
7287154 - 7285018 Cel: 315 312 2272

Datos del Paciente:

Identificación:	TI - 1176213041	**Nombre:**	KELLY BENITEZ VANEGAS		
Dirección:		**Municipio:**		**Teléfono:**	
Fecha Nacimiento:	11 Años	**Edad:**	11 Años	**Sexo:**	F
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO				

HISTORIA CLINICA ESPECIALIZADA

Fecha/Hora
18/11/2019 09:22:00 AM

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONVULSIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

ESCOLAR FEMENINO DE 11 AÑOS, CON DX DE EPILÉPSIA DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA CON CONVULSIONES FOCALES QUE EVOLUCIONAN A LA BILATERALIDAD, EN TRATAMIENTO CON VPA 400 MG BID (25 MG/KG/D), ANICTAL DESDE MARZO, 2019 HASTA OCTUBRE, CUANDO PRESENTO UNA CRISIS APARENTEMENTE ASOCIADA A INADECUADA DOSIFICACIÓN DEL VPA. HAY ADECUADO DESARROLO PSICOMOTOR Y PROGRESO ACADEMICO. EXAMEN FÍSICO: VIGIL. PARES CRANEALES IMPRESIONA APARENTEMENTE NORMALES, (NO SE EXPLORAN I PAR), FM SIMÉTRICA, VI/VI, SIENDO LOS MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS ESPONTÁNEOS Y SIMÉTRICOS. ONO ADECUADO, REFLEJOS MIOTÁTICOS SIMÉTRICOS II/IV, NO CLONUS. REFLEJOS CUTÁNEO - ABDOMINALES PRESENTES. SENSIBILIDAD DOLOROSA, CONSERVADA. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO GENERAL NORMAL Y NO PERTINENTE.

EEG. OCT, 2019. ANORMAL PAROXISTICO DADO POR PRESENCIA DE PUNTAS EN C4, P4, T4, T6.

LABORATORIO. OCT, 2019. NORMAL. NO OBSTANTE SE DIO LA DOSIS DE VPA AM, PREVIO A LA TOMA DE LA MUESTRA.

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

SIGNOS VITALES

Peso (en Kg)	32
Talla (en Metros)	-
Frecuencia Respiratoria	-
Frecuencia Cardiaca	-
Tension Arterial	-
Temperatura	-
Saturación de Oxigeno	-

ESQUEMA DE VACUNACION

EXAMEN FISICO

Cabeza Y Cuello	SLA
Oidos, Nariz, Garganta	NO REFIERE
Tórax	NO REFIERE
Abdomen y Lumbar	NO REFIERE
Sistema Genito-Urinario	NO REFIERE
Extremidades y Pelvis	NO REFIERE
Sistema Neurológico	NO REFIERE
Piel y Faneras	NO REFIERE
Sistema Osteo-Muscular	NO REFIERE
Estado Mental	NO REFIERE

IMPRESION DIAGNOSTICA

EPILÉPSIA DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA CON CONVULSIONES FOCALES QUE EVOLUCIONAN A LA BILATERALIDAD

4.222

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.743.943
VANEGAS ROMERO

APELLIDOS
MARIA ISABEL

NOMBRES

Maria I. Vanegas Romero

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1986
FONSECA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-MAY-2008 RIOHACHA

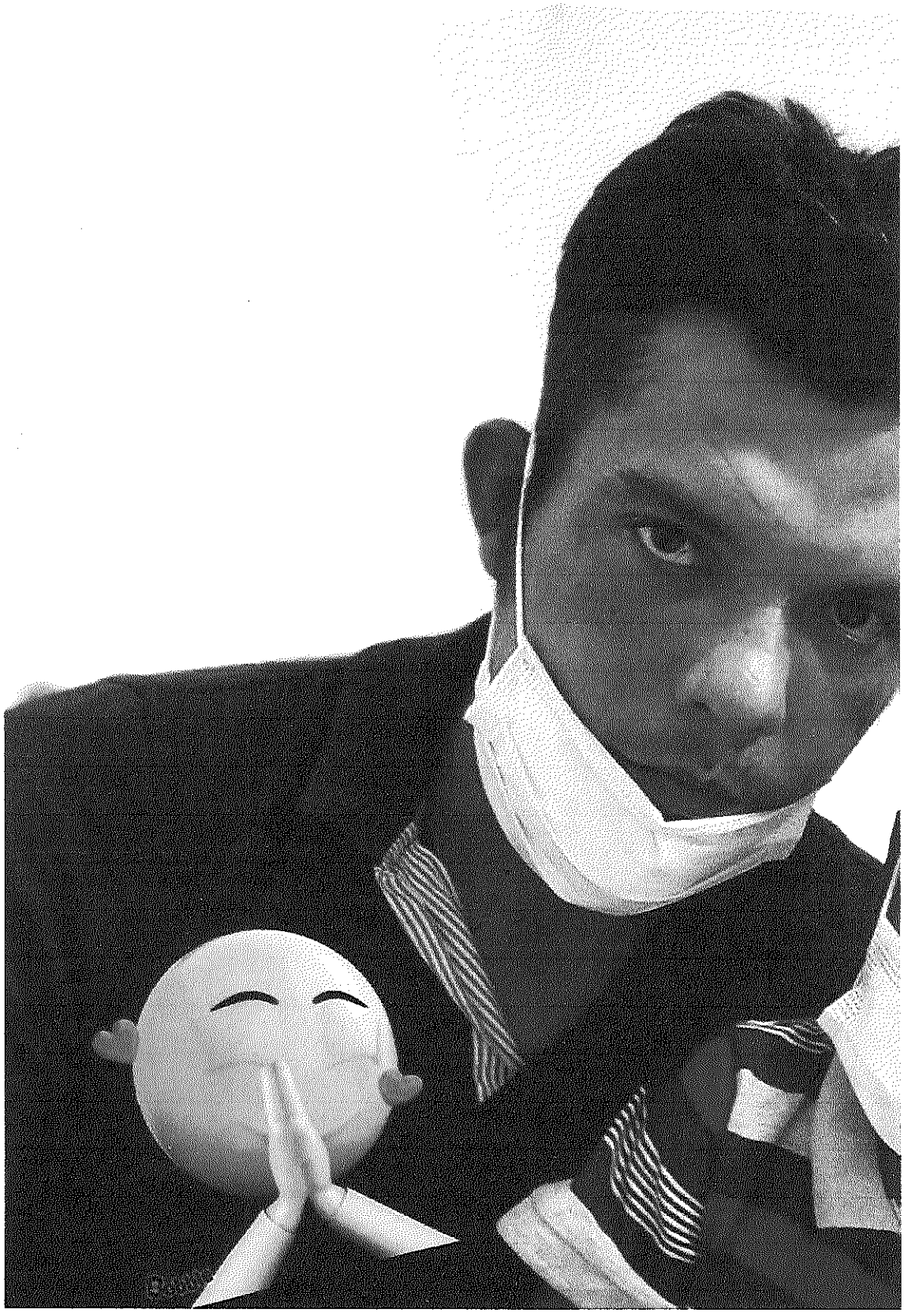
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4800100-00091046-F-1120743943-20081009 0004131119A 2 25517171

Correo - Mv0963877 @gmail.com

Telefono - 3234573244



4.224

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.Go6.854.267

NAVARRO BARRANCO
APELLIDOS

JOSE CARLOS
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1987

DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-AGO-2009 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

I-1500500-00185248-M-1006854267-20091011 0017092603A 1 25616594

4254

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
LUISA	JOSEFA	PADILLA	PEREZ

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: 40822093

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
2025	5	26

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	75.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	81.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.3 b730.2 b7603.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 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
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 de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

4. 256

cajacopi EPS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO

CODIGO:CCF056

PADILLA PEREZ LUISA JOSEFA

CC 40822093

FECHA DE NACIMIENTO	18/03/1963	SEXO	FEMENINO
FICHA DE SISBEN	27011	NIVEL DE SISBEN	2
FECHA DE AFILIACIÓN	17/11/2022	MUNICIPIO	DIBULLA
IPS ASIGNADA - PyP	IPSI SOL WAYUU		
IPS I NIVEL	IPSI SOL WAYUU		
TIPO DE DISCAPACIDAD	PERSONA DISCAPACITADA		

www.cajacopieps.com

GMAR-404-FR

USOS Y RESTRICIONES

Tenga en cuenta las siguientes normas:

VIGILADO Supersalud

1°.El carné es de uso personal e intrasferible.
2°.Su uso fraudulento, es causal de perdida de la calidad de afiliado.
3°.Para recibir la atencion, presentará su documento de identificación original.
4°.Cubre los servicios y procedimientos definidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado vigente.
5°.Aplica Copago para niveles y servicios no exentos.
6°.Las IPS(s) verificarán en la base de datos las condiciones del afiliado.

LINEA GRATUITA NACIONAL
018000111446

4.257

ORDEN DE VALORACIÓN
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN	
MUNICIPIO: DIBULLA	ENTIDAD EMISORA: SECRETARIA DE SALUD, BIENESTAR E INTEGRACION SOCIAL.
FECHA DE SOLICITUD:	FECHA DE EXPEDICION:
DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL PACIENTE:	
NOMBRE COMPLETO: Luisa Padilla	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO:
DIRECCION:	MUNICIPIO: DIBULLA
LOCALIDAD:	VEREDA:
TELEFONO:	CELULAR:
CORREO ELECTRONICO:	
DATOS DE IDENTIFICACION REPRESENTANTE DEL PACIENTE:	
NOMBRE COMPLETO:	PARENTESCO:
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO:	
MUNICIPIO:	
INFORMACION DE LA ORDEN	
CODIGO DE AUTORIZACIÓN: 724999 856957.	
IPS: PURPURA IPS	
DIRECCION:	MUNICIPIO:
CORREO ELECTRONICO:	
MODALIDAD: PRESENCIAL	DOMICILIARIA: TELECONSULTA:

Firma de las partes:

SECRETARÍA DE SALUD

PACIENTE O REPRESENTANTE

CLINICA ATENAS LTDA. I.P.S

EPICRISIS

12/07/2017 - 10:03:53a.m.

Historia No.40822093

Paciente Id:40822093 **Edad:** 54 - 3 - **Sexo:**FEMENINO

Nombre:LUISA JOSEFA PADILLA PEREZ **Ocupación:**AMA DE CASA

Médico:1129532785 **Tipo de Estado:**Hospitalización

DATOS DE INGRESO

Fecha Ingreso:10/07/2017 12:35:00p.m.
Servicio de Ingreso:CIRUGIA

Motivo:VALORACION

Enfermedad Actual:

Antecedentes Personales:

Antecedentes Familiares:

Revision por Sistemas:

EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES **TA:** 0.00-0.00 **FC:** 0.00 **Sat O2:** 0.0 **FR:** 0.00 **T°:** 0.00

Glassgow: 0.00-0.00 **Estado:** Alerta **Embriaguez:** No

DATOS POSITIVOS

Cabeza:	Clinicamente Normal
Cuello:	Clinicamente Normal
Tórax:	Clinicamente Normal
Abdomen:	Clinicamente Normal
Genitourinario:	Clinicamente Normal
Pelvis:	Clinicamente Normal
Dorso/Extremidades:	Clinicamente Normal
Neurológico:	Clinicamente Normal

DIAGNÓSTICOS

Impresión Diagnóstica:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico de Ingreso:GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA

TRATAMIENTO MÉDICO

DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Resumen Evento Actual: PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESO EL DIA DE HOY AL SERVICIO DE CIRUGIA, PROGRAMADA POR CONSULTA EXTERNA PARA REALIZACION DE REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA IZQUIERDA, POR ARTROSIS SEVERA, PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL DR. DONADO SIN COMPLICACIONES. ES HOSPITALIZADA PARA VIGILANCIA MEDICA DE POP INMEDIATO, MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO ENDOVENOSO. PACIENTE CON EVOLUCION A LA MEJORIA LA CUAL FUE VALORADA POR ORTOPEDISTA EN TURNO CONSIDERA ALTA MEDICA, ACTUALMENTE CON SIGNOS VITALES:
EXAMEN FISICO: TA: 93/53 MMHG FC: 65 LPM FR: 20 RPM T: 36.5°C SP2 98%
CABEZA: NORMOCEFALA, CABELLOS BIEN IMPLANTADOS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, NARINAS PERMEABLES, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS. SIN INGURGITACION YUGULAR.
TÓRAX: SIMÉTRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIMÉTRICO, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS.
CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLO

CLINICA ATENAS LTDA. I.P.S

EPICRISIS
12/07/2017 - 10:03:53a.m.

Historia No.40822093

Paciente Id:40822093
Nombre:LUISA JOSEFA PADILLA PEREZ
Médico:1129532785

Edad: 54 - 3 - **Sexo:**FEMENINO
Ocupación:AMA DE CASA
Tipo de Estado: Hospitalización

ABDOMEN: GLOBOSO POR PANÍCULO ADIPOSO, PERÍSTALSIS POSITIVA NORMAL, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
G/U: NORMOCONFIGURADO PARA EDAD Y SEXO.
EXTREMIDADES: SE OBSERVA EN RODILLA IZQUIERDA VENDAJE ELASTICO LIMPIO Y SECO, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLÓGICO: PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. ROT ++/++++. SIN ALTERACIÓN SENSITIVA NI MOTOR.
ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSGTICOS ANTES ANOTADO QUIEN SE ENCUENTRA EN SU 3 DIA DE ESTANCIA HOSPITALARIA ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, SIN SIGNOS DE SIRS, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, SATURANDO ADECUADAMENTE, CON BUENA MODUACION DEL DOLOR, DEAMBULANDO CON AYUDA DE CAMINADOR , VALORADA POR ORTOPEDISTA EN TURNO DR DONADO EL CUAL CONSIDERO ALTA MEDICA EL UAL ORDENA FORMULA MEDICA CON ANLGESICO, ANTIBIOTICO ORAL, ANTITROMBOTICO, CITA CONTROL POR ORTOPEDIA 20 DIAS LA CUAL SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA.
Exámenes complementarios de Diagnóstico:VER ANEXOS

DATOS DEL EGRESO

Fecha Egreso:11/07/2017 09:25:00p.m.
Servicio de Egreso:HOSPITALIZACION

Diagnóstico de Egreso:1- POP DE REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA IZQUIERDA
2- HIPERTENSION ARTERIAL POR ANTECEDENTE PERSONAL.
Plan de Manejo Ambulatorio:ALTA MEDICA EL CUAL ORDENA FORMULA MEDICA CON ANLGESICO, ANTIBIOTICO ORAL, ANTITROMBOTICO, CITA CONTROL POR ORTOPEDIA 20 DIAS LA CUAL SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

JOSE GREGORIO RODRIGUEZ CAMARGO
NOMBRE DEL MÉDICO
MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
REGISTRO N°

José Rodríguez Camargo
MEDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD METROPOLITANA

FIRMA DEL MÉDICO

CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S

EPICRISIS

Historia No.40822093

Paciente Id:40822093 **Edad:** 56 **Sexo:**FEMENINO

Nombre:LUISA JOSEFA PADILLA PEREZ **Ocupación:**AMA DE CASA

Médico:9875845 **Tipo de Estado:**Hospitalización

DATOS DE INGRESO

Fecha Ingreso:30/09/2019 07:31:00a.m.
Servicio de Ingreso:URGENCIA

Motivo:PRIMERA VEZ

Enfermedad Actual:12 NOV 2019.
PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE PARA SER HOSPITALIZADA PROGRAMADA PARA REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DERECHA.
Antecedentes Personales:NIEGA ALERGIAS, PATOLOGICO: HTA, CIRUGÍAS: REEMPLAZO RODILLA IZQUIERDA, HISTERECTOMÍA, POMEROY.. ANESTESIA SIN COMPLICACIONES. NO ALCOHOL, NO CIGARRILLO
Antecedentes Familiares:NO REFIERE
vision por Sistemas:SDI

EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES **TA:** 110.-80.0 **FC:** 85.0 **Sat O2:** 98.0 **FR:** 18.0 **T°:** 36.0
Glassgow: 15.0-15.0 **Estado:** Alerta **Embriaguez:** No

DATOS POSITIVOS

Cabeza: Clinicamente Normal
Cuello: Clinicamente Normal
Tórax: Clinicamente Normal
Abdomen: Clinicamente Normal
Genitourinario: Clinicamente Normal
Pelvis: EXTREMIDADES: DOLOR A LA DEAMBULACIÓN EN RODILLA DERECHA.
Dorso/Extremidades: Clinicamente Normal
Neurológico: Clinicamente Normal

DIAGNÓSTICOS

Impresión Diagnóstica:ARTROSIS RODILLA BILATERAL

Diagnóstico Definitivo:ARTROSIS RODILLA BILATERAL

agnóstico de Ingreso:ARTROSIS RODILLA BILATERAL

TRATAMIENTO MÉDICO

ORDENES MEDICAS:
HOSPITALZAR EN SALA GENERAL
NADA VIA ORAL APARTIR DE 10: 00PM
SSN 0.9% A RAZON DE 21 CC HORA
LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS
AMLODIPINO DE 5 MG CADA 12 HORAS,
NO ASAS, NO HEPARINAS
LOVASTATINA 20 MG VO DIA.
TOMAR ANTIHIPERTESIVO CON 10CC DE LIQUIDO
SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Resumen Evento Actual:

MEDICO.....: CARLOS A SEVERINI CAMPO
FECHA.....: 30.sep/2019 07:46 a.m.
CONTROL MEDICO.: ::::::::::::::::::::::::::::::ORTOPEDIA::::::::::::::::::::::::::::::::::
DX

4.262

ARTROSIS RODILLA BILATERAL
AP
RTR IZQ
REFIRE DOLLOR SEVRO EN RODILLA
EXAMEN FISICO
RODILLA DERECHA CONTRACTURA EN EXTENCION ROCEPATELO FEMORAL
RX D ERODILLA ARROSIS GRADO III

PACUIENTE REQUERE

REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA
CUADRICEPLASTIA

MATERAILES

SET DE PROTESI D ERODILLA PRIMARIA
CEMENTO CO ANTIBIOTICOS
PREQX

MEDICO.....: LEONARDO DAVID TORRES CAMPO
FECHA.....: 12.nov/2019 10:53 a.m.
CONTROL MEDICO.: INGRESO A HOSPITALIZACION

CIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE PARA SER HOSPITALIZADA PROGRAMADA PARA REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DERECHA.

NIEGA ALERGIAS, CIRUGÍAS: REEMPLAZO RODILLA IZQUIERDA, HISTERECTOMÍA, POMEROY.. ANESTESIA SIN COMPLICACIONES. NO ALCOHOL, NO CIGARRILLO

CCC: NOEMOCEFALO, NORMOCONFIGURADO CUELLO MOVIL,NO ADENOPATIAS
CARDIOPULMONAR : PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS
ABDOMEN PLANO DEPRESIBLE
EXTREMIDADES ; DOLOR A LA DEAMBULACIÓN RODILLA DERECHA
SNC: GLASGOW 15/15

LABORATORIOS:
HB: 12.5 GR HTO: 37.7 PLAQUETAS: 392MMM3
CREATININA: 0.6MG/DL BUN: 10.3 MG/DL UREA: 21.9MG/DL GLUCOSA 91 MG/DL
TP: 14.5 SEG TPT: 25.2 SEG
P. ORINA NORMAL
ECG: SINUSAL NORMAL.
PACIENTE NORMOCEFALO, MUCOSAS HÚMEDAS
> 3 CMS, MALAMPATI I. CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS, DTM> 6 CMS
RSCSRS SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS VENTILADOS

HOSPITALZIAR EN SALA GENERAL

ORDENES MEDICAS
NADA VIA ORAL APARTIR DE 10: 00PM
SSN 0.9% A RAZON DE 21 CC HORA
LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS
AMLODIPINO DE 5 MG CADA 12 HORAS,
NO ASAS, NO HEPAPINAS
LOVASTATINA 20 MG VO DIA.
TOMAR ANTIHIPERTESICO CON 100C DE LIQUIDO
SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
****** PACIENTE TESTIGO DE JEHOVÁ********

MEDICO.....: LUIS FERNANDO RUGELES GUTIERREZ
FECHA.....: 12.nov/2019 03:47 p.m.
RONDA MEDICA.: ------ INGRESO A SERVICIO DE HOSPITALIZACION ------
PACIENTE DE 56 AÑOS QUIEN INGRESA A SERVICIO DE HOSPITALIZACION CON DIAGNOSTICOS

1- ARTROSIS BILATERAL DE LAS RODILLAS
2- ANTECEDENTE DE RTR IZQUIERDA EXTRA-INSTITUCIONAL
3- HIPERTENSION ARTERIAL POR HISTORIA CLINICA

PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO ENCUENTRO EN COMPAÑIA DE SU HIJA , PACIENTE CON POBRE TOLERANCIA AL RAMADOL POR EFECTOS SECUNDARIOS , NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS , MANEJO DE HIPERTENSION CON LOSARTAN 50mg CADA 12 HORAS Y AMLODIPINO 5mg CADA 12 HORAS + LOVASTATINA MAS ASA LA CUAL ESTA ULTIMA SUSPENDIO HACE 1 MES , REFIERE EN EL MOMENTO CEFALEA
O/ ENCUENTRO PACIENTE ALERTA EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES CON SIGNOS VITALES FC:84 FR:20 TEMP:36.7 T/A:130/80 OXIMETRIA:97% FIO2: 0.21
CABEZA Y CUELLO : ESCLERAS ANICTERICAS CON MUCOSA ORAL SEMIHUMEDA CON PIEZAS DENTALES NATURALES INCOMPLETAS EN REGULARES CONDICIONES
TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR SIMETRICO EN AMBOS HEMITORAX
ABDOMEN : BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS NO DOLOROSO A LA PALPACION NO IRRITACION PERITONEAL
PELVIS : ESTABLE SIN DOLOR A LA MOVILIZACION COXOFEMORAL
EXTREMIDADES : SUPERIORES SIN LESIONES
INFERIORES : IZQUIERDO : CICATRIZ QUIRURGICA EN AREA ANTERIOR DE LA RODILLA POR CIRUGIA PREVIA
DERECHA : PRESENTA EDEMA CON DEFORMIDAD OSEA ARTICULAR , CON LIMITACION POR DOLOR PARA LA FLEXO EXTENSION.
NEUROLOGICO: ALERTA , ORIENTADO SIN RIGIDEZ NUCAL CON GLASGOW 15/15

PLAN : 1- DIETA HIPOSODICA HASTA 10 PM
- SOL. SALINA 0.9% X 500 CC PASAR A 40 CC HORA
3- MEDICAMENTOS
DIPIRONA AMP X 1 GRAMO , PASAR 1 AMPOLLA IV AHORA Y LUEGO CONTINUA POR RAZON NECESARIA
LOSARTAN TAB X 50m;g , 1 TABLETA CADA 12 HORAS (SF)
AMLODIPINO TAB X 5mg , 1 TABLEA CADA 12 HORAS (SF)
ALPRAZOLAM TAB X 0.25mg , 1 TABLETA 8PM Y 1 TABLETA 1 HORA ANTES DE CIRUGIA LUEGO SUSPENDERLAS
4- INICIAR BAÑOS CORPORALES
5- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

MEDICO.....: ANDRES FELIPE GONZALEZ BARRAGAN
FECHA.....: 13.nov/2019 12:00 a.m.
RONDA MEDICA.: ---RONDA MEDICA HOSPITALIZACION---

PACIENTE DE 56 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO CON DIAGNOSTICOS

1- ARTROSIS BILATERAL DE LAS RODILLAS
2- ANTECEDENTE DE RTR IZQUIERDA EXTRA-INSTITUCIONAL
3- HIPERTENSION ARTERIAL POR HISTORIA CLINICA
4- POP DE REEMPLAZO DE RODILLA DERECHA

' REFIERE PASAR REGLAR NOCHE/ LEVE DOLOR EN ZONA QUIRURGICA
O/ CONCIENT ORIENTADA

EXAMEN FISICO TA: 120/80 FC 67LPM FR 18XMIN SO2 97%

CABEZA Y CUELLO : ESCLERAS ANICTERICAS CON MUCOSA ORAL SEMIHUMEDA CON PIEZAS DENTALES NATURALES INCOMPLETAS EN REGULARES CONDICIONES
TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR SIMETRICO EN AMBOS HEMITORAX
ABDOMEN : BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS NO DOLOROSO A LA PALPACION NO IRRITACION PERITONEAL
PELVIS : ESTABLE SIN DOLOR A LA MOVILIZACION COXOFEMORAL
EXTREMIDADES : SUPERIORES SIN LESIONES
INFERIORES : IZQUIERDO : CICATRIZ QUIRURGICA EN AREA ANTERIOR DE LA RODILLA POR CIRUGIA PREVIA
DERECHA : PRESENTA VENDAJE BULTOSO, CON DRENAJE DE CONTENIDO HEMATICO 35CC EN 24 HORAS VASCULAR DISTAL CONSERVADO
NEUROLOGICO: ALERTA , ORIENTADO SIN RIGIDEZ NUCAL CON GLASGOW 15/15

PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD EN SALA DE HOSPITALIZACION CON DIAGNOSTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS, ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , CONTINUA EN SALA BAJO CUBRIMIENTO ANALGESICO Y ANTIMICROBIANO.

ORDENES MEDICAS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.943.766
PADILLA PEREZ
APELLIDOS
YEIMIS LILIANA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1982
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

29-ABR-2003 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00443066-F-0040943766-20130624 0033639013A 1 25606129

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Luz Estela Echeverri Espinosa			CC	57.923.051	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
02-8-1977	Santa Marta		Magdalena	Santa Marta	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
48	Hombre			-Enanismo	
	Mujer	✓			

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

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	La Hinguea
Dirección de vivienda:		Calle 18 #6-25	
Barrio / Vereda		La Paz	
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:
Elva Echeverri	CC ✓	CE	PP	
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hermana	Humana			Calle 18 #6-25
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3144029051				

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		

4.231

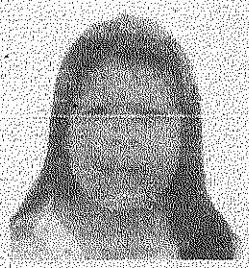
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.293.051
ECHEVERRI ESPINOSA

APELLIDOS
LUZ ESTELLA

NOMBRES
luz estella echeverry e.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1977
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-MAY-2001 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00330566-F-0057293051-20110902 0027922604A 2 25494753


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 57.293.051
ECHEVERRI ESPINOSA
APELLIDOS
LUZ ESTELLA
NOMBRES
luz estella echeverry e.
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1977
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
16-MAY-2001 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-4800500-00330566-F-0057293051-20110902 0027922804A 2 25494753

Folio 423

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
LUZ	ESTELLA	ECHEVERRI	ESPINOSA

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: 57293051

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	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	50.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b125.2 b139.3 b780.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.2 d4600.3 d4602.3

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.

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.

4.276

11 agosto
Autoriz.

CLINIVIDA

CLINIVIDA Y SALUD IPS. S.A.S
901336751-4
Teléfonos: 3214596698
Dirección: CALLE 11A # 15-53 - RIOHACHA

Atención N° 0100704249
Fecha de Atención: 21/07/2025
Página 1 de 1

57293051
Paciente: ECHEVERRIA ESPINOSA LUZ ESTELLA

EVOLUCION DE MEDICINA ESPECIALIZADA

Datos del afiliado

Identificación: CC 57298051 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 02/08/1977 **Edad:** 47 años, 11 meses, 19 días
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA
Dirección: DIBULLA CALLE PRINCIPAL **Zona:** Urbana
Ocupación: No Aplica
Contratante: CAJACOPI EPS SAS **Autorización:** 4409000052448
Teléfonos: 3114029051 **Plan:** CAJSVI CAJACOPI VIGENTE SUBSIDIADO
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional **Especialidad:** UROLOGIA
Profesional: 746570 - EDMUNDO ANGELES SILVA

Diagnósticos

Principal [Confirmado Repetido]: (N201) CALCULO DEL URETER.

ESPECIALIDAD: 06- Urologia
FINALIDAD DE LA CONSULTA: 10- No Aplica
CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

EVOLUCION (SUBJETIVO): SE TRATA DE PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ACONDROPLASIA CON COLICO NEFRITICO DERECHO CON ECOGRAFIA QUE REPORTA HIDRONEFROSIS G IV POR LO QUE SE LE SOLICITA UROTAC DONDE SE EVIDENCIA UROTAC SIMPLE URETEROHIDRONEFROSIS G III DERECHA CON LITIASIS URETRAL DERECHA DE 18X12 MM EN 1/3 DISTAL UROCULTIVO NEGATIVO AMERITA REALIZAR ULT DERECHA CON LASER HOLMIUM MAS COLOCACION DE CATETER DOBLE J DERECHO PACIENTE HIPOTIROIDEA

EXAMEN FISICO

C.C.C: NORMAL

CARDIOPULMONAR: NORMAL

ABDOMEN: NORMAL

GENITO URINARIO: NORMAL

EXTREMIDADES: NORMAL

PIEL Y FANERAS: NORMAL

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: NORMAL

INTERPRETACION DE ESTUDIOS DIAGNOTICOS: UROTAC SIMPLE URETEROHIDRONEFROSIS G III DERECHA CON LITIASIS URETRAL DERECHA DE 18X12 MM EN 1/3 DISTAL

DIAGNOSTICOS: LITIASIS URETERAL DERECHA

ANALISIS: PACIENTE CON LITIASIS URETRAL DERECHA VOLUMINOSA Y URETEROHIDRONEFROSIS DERECHA SECUNDARIA AMERITA REALIZAR ULT DERECHA CON LASER SE SOLICITAN PRE QX Y VAL PRE ANESTESICA HIPOTIROIDEA

PLAN O CONDUCTA: SE SOLICITAN PRE QX
TSH T3 Y T4 LIBRE
VAL PRE QX Y PRE ANESTESICA
LITOTRICCIA INTRACORPOREA DERECHA CON LASER HOLMIUM + COMPLEMENTARIOS

EDMUNDO ANGELES SILVA
Especialidad: UROLOGIA

4.277

CLINIVIDA Y SALUD IPS. S.A.S

901336751-4
Teléfonos: 3214596698

Dirección: CALLE 11A # 15-55

Consecutivo: 0100284103
Fecha: 21/07/2025

Paciente: CC 57293051 - ECHEVERRIA ESPINOSA LUZ ESTELLA

FÓRMULA MÉDICA (Otros)

Datos del afiliado

Identificación: CC 57293051 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 02/08/1977 **Edad:** 47 AÑOS
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA **Ocupación:** No Aplica
Teléfonos: 3114029051 **Dirección:** DIBULLA CALLE PRINCIPAL
Contratante: CAJACOPI EPS SAS
DX Principal: N201 - CALCULO DEL URETER

Ítem	Servicio	Cantidad
1	PQ592401-1 - LITOTRICIA (FRAGMENTACION) INTRACORPOREA DE CALCULOS EN VIA URINARIA + COLOCACION DE CATETER JJ - PAQUETE 1 Observaciones: CON LASER HOLMIUM	1

CLINIVIDA Y SALUD IPS. S.A.S
901336751-4
Teléfonos: 3214596698
Dirección: CALLE 11A # 15- [illegible] ACHA

~~Atención N° 0100077200~~

57293051 **Fecha de Atención: 28/10/2025 09:58**
Paciente: ECHEVERRIA ESPINOSA LUZ ESTELLA

EVOLUCION DE MEDICINA ESPECIALIZADA

Datos del afiliado

Identificación: CC 57293051 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 02/08/1977 **Edad:** 48 años, 2 meses, 26 días
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA
Dirección: DIBULLA CALLE PRINCIPAL **Zona:** Urbana
Ocupación: No Aplica
Escolaridad: BASICA SECUNDARIA
Contratante: CAJACOPI EPS SAS **Autorizacion:**
Teléfonos: 3114029051 **Plan:** CAJSVI CAJACOPI VIGENTE SUBSIDIADO
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional **Especialidad:** MEDICINA INTERNA
Profesional: 1122808249 - EDELSON ALFONSO CARRILLO BRITO

Diagnósticos

~~Principal [Confirmado Repetido]: (N200) CALCULO DEL RIÑON.~~

ESPECIALIDAD: 06. Medicina Interna
FINALIDAD DE LA CONSULTA: 10- No Aplica
CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

EVOLUCION (SUBJETIVO): MC: VALORACION PRE QUIRURGICA }
EA: PTE CON ANTECDENTES DE ACONDROPLASIA, HIPOTIROIDISMO EN TTO REGULAR CON LEVOTIROXINA TAB 75 MG X1, URETEROHIDRONEFROSIS G III DERECHA CON LITIASIS URETRAL DERECHA DE 18X12 MM EN 1/3 DISTAL AMERITA REALIZAR ULT DERECHA CON LASER HOLMIUM MAS COLOCACION DE CATETER DOBLE J DERECHO PACIENTE, CON REPORTE DE PARACLINICOS T3: 0.88NG/DL, T4L: 0.91NG/DL, HEMOGRAMA CON HB: 12.2GR/DL, HTO: 37.3%, PLT: 355.000, GLUCOSA: 64MG/DL, UREA: 44MG/DL, CREAT: 0.9MG/DL TSH: 8.65uUI/ml, EKG CON RITMO SINUSAL, RX DE TORAX DENTRO DE LIMITES NORMAL. TP: 11.3 SEG, INR: 1.04 SEG, TPT: 26.5 SEG

EXAMEN FISICO

C.C.C: NORMAL

CARDIOPULMONAR: TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RSCSRS SIN SOPLOS, MV AUDIBLE EN ASCSPS SIN AGREGADOS
TA: 108/53MMHG FC: 75LPM FR: 18RPM PESO: 42LKG

ABDOMEN: NORMAL

GENITO URINARIO: NORMAL

EXTREMIDADES: NORMAL

PIEL Y FANERAS: NORMAL

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: NORMAL

DIAGNOSTICOS: LITIASIS RENAL DERECHA
HIPOTIROIDISMO

ANALISIS: PTE EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES, CON REPORTE DE PARACLINICOS DENTRO DE LIMITES NORMALES, POR LO QUE SE INDICA PROGRAMAR PARA CIRUGIA.

PLAN O CONDUCTA: - APTA PARA CIRUGIA
- CLASE ASA II

EDELSON ALFONSO CARRILLO BRITO
Especialidad: MEDICINA INTERNA
Identificación: 1122808249

4.279

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
LUZ	ESTELLA	ECHEVERRI	ESPINOSA

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: 57293051

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	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	50.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b125.2 b139.3 b780.2

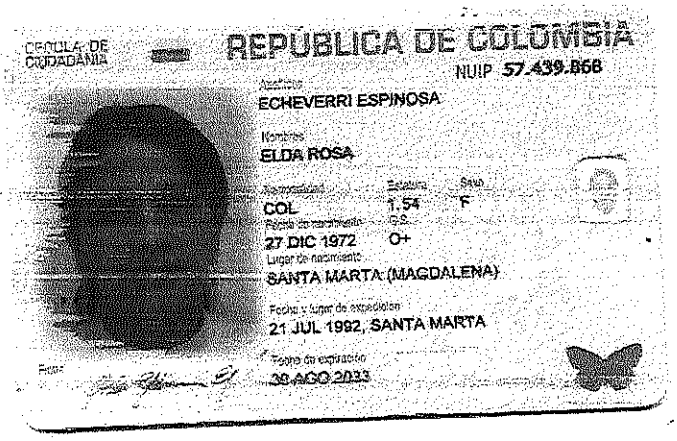
2. Codigos Estructuras Corporales

s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.2 d4600.3 d4602.3

4.280



CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 57.439.868

Apellidos
ECHEVERRI ESPINOSA

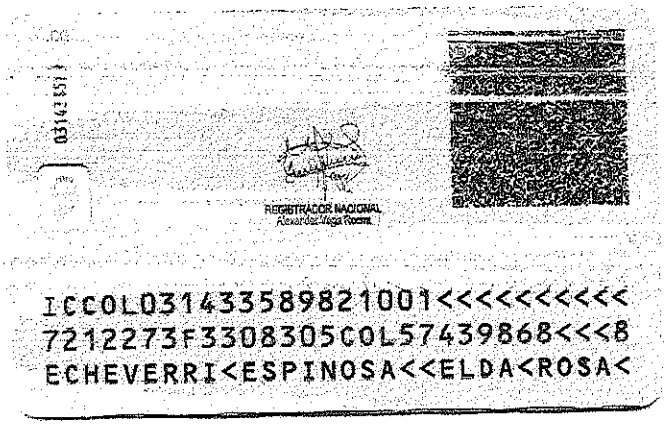
Nombres
ELDA ROSA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.54
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 27 DIC 1972
G.S.: O+
Lugar de nacimiento
SANTA MARTA (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedicion
21 JUL 1992, SANTA MARTA

Fecha de expiracion
30 AGO 2033

Firma



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

I<COL0314335898210O1<<<<<<<<<<
7212273F3308305COL57439868<<<8
ECHEVERRI<ESPINOSA<<ELDA<ROSA<

FUNDACION FLORECER

Foto

4.281

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Maikol Yesid Ustariz Torrita			TI	1.123 414 789	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
23 07 2015	Riohacha		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
10	Hombre	✓	Sanitas.	-Autismo en la niñez -Trastornos especificos Mixto del desarrollo	DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Intelectual - Psicosocial - Multiple	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Maicao
Dirección de vivienda:		Calle 3 Scr - 4 - 44.	
Barrio / Vereda		Villa Diana	
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:
Luz Derlis Torrita Amaro	CC -	CE	PP	1.006.626.799
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Mamá	Mamá			
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
322 683 11 20				

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*

4.282

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.123.414.289

CHICA TARRIFA

APELLIDOS

MAIKOL YESID

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-2015

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

23-JUL-2033
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

M
SEXO

24-OCT-2022 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P:4800500-01326674-M:1123414289-20221101 0088387008A 1 8505112136

4.283

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
MAIKOL	YESID	CHICA	TARRIFA

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: 1123414289

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
2025	5	26

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	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	79.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	89.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b140.3 b163.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d740.4 d920.4

4. 284

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 de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Identificador: 497723

Generado en: 2025-05-26 12:11:28 PM

4.295

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	MAIKOL YESID CHICA TARRIFA	Tipo de Documento TI	Identificacion TI 1123414289
Fecha Nac	23/07/2015	Edad 9 años 11	Sexo: M
Etnia	Ninguno de los anteriores	Telefono	3226831220 3226831220-
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.: 8404197 **Edad del paciente:** 9 años 11 meses y 15días **Fecha de la nota:** 8/07/2025 11:33:27 a. m.

DESCRIPCIÓN

ORDEN DE SERVICIO	39143 CONSULTA POR PEDIATRIA
DESCRIPCION	S/S HEMOGRAMA. GLICEMIA,IONOGRAMA, TSH. T4 LIBRE.. UROCULTIVO. S/S ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO TERAPIA CON PSICOLOGIA(3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (943102) 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 936303 VALORACION POR NEUROPSICOLOGIA (VALORACION COGNITIVO CONDUCTUAL) 890297 VALORACION POR NEUROLOGIA PEDIATRICA VALORACION POR GENETICA CITA CONTROL PEDIATRIA EN 3 MESES
Dx Ppal.:	F840 AUTISMO EN LA NIÑEZ
Dx Rel.1:	F83X TRASTORNOS ESPECIFICOS MIXTOS DEL DESARROLLO
Dx Rel.2:	
Dx Rel.3:	

DIDIER RAMIRO REY TIRADO
RM 1118834264
PEDIATRIA

Fecha Impresion: 8/07/2025 11:40:46 a. m.

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	MAIKOL YESID CHICA TARRIFA	Tipo de Documento TI	Identificacion TI 1123414289
Fecha Nac	23/07/2015	Edad 9 años 11	Sexo: M
Etnia	Ninguno de los anteriores	Teléfono	3226831220 3226831220-
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		

TRAUMÁTICOS
NO

QUIRÚRGICOS
NO

OTROS NO

VENÉREOS
NO

TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS
NO

Antecedentes Familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES NO

Examen Físico

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)**
1	1	1

Clasificación antropométrica (IMC)	I.M.C	PESO (kg)	TALLA (Cms)
Obesidad Clase 3	10000	1	1

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	MAIKOL YESID CHICA TARRIFA	**Tipo de Documento**	TI **Identificacion** TI 1123414289
Fecha Nac	23/07/2015	**Edad**	9 años 11 **Sexo:** M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Telefono**	3226831220 3226831220-
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		

CABEZA

PESO: 46.4
TALLA:136
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL. TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLES.
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NORMAL. FOSAS NASALES PERMEABLES SIN SECRECIONES. CUELLO: MOVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR.
TÓRAX: SIMÉTRICO, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. SIN TIRAJES A LA INSPECCIÓN.
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION; PUÑO PERCUSION BILATERAL NEGATIVA. 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

NORMALÑ

CUELLO

NORMALÑNORMAL

ABDOMEN

NORMAL

EXTREMIDADES

NORMAL

PIEL

NORMAL

OTROS HALLAZGOS NORMAL

OTORRINO

NORMAL

CARDIOPULMONAR

NORMAL

GENITOURINARIO

NORMAL

S.N.C

NORMAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA AUTISMO/TX DEL SUEÑO

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	MAIKOL YESID CHICA TARRIFA	Tipo de Documento TI	Identificacion TI 1123414289
Fecha Nac	23/07/2015	Edad 9 años 11	Sexo: M
Etnia	Ninguno de los anteriores	Teléfono	3226831220 3226831220-
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		

PLAN O MANEJO

ACEITE DE OLIVA EXTRAVIRGEN.
DAR 3 CC V.O DOS VECES AL DIA PERMANENTE
ACEITE DE COCO
DAR 5 CC DIARIO X 1 SEMANA, LUEGO 10 CC DIARIO EN LA 2DA SEMANA Y LUEGO 15 CC DIARIO EN LA 3ERA SEMANA
NOS/S HEMOGRAMA, GLICEMIA,IONOGRAMA, TSH, T4 LIBRE., UROCULTIVO.
S/S ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO
TERAPIA CON PSICOLOGIA(3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES). #36 (943102)
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) 890297
VALORACION POR NEUROLOGIA PEDIATRICA
VALORACION POR GENETICA
CITA CONTROL PEDIATRIA EN 3 MESES
1

JUSTIFICACIÓN

Dx Ppal.: F840 AUTISMO EN LA NIÑEZ
Dx Rel.1: F83X TRASTORNOS ESPECIFICOS MIXTOS DEL DESARROLLO
Dx Rel.2:
Dx Rel.3:

DIDIER RAMIRO REY TIRADO
RM 1118834264
PEDIATRIA

4.29

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	MAIKOL YESID CHICA TARRIFA	**Tipo de Documento** TI **Identificacion**	TI 1123414289
Fecha Nac	23/07/2015	**Edad** 9 años 11 **Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono** 3226831220 3226831220-	
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.: 8404197 **Edad del paciente:** 9 años 11 meses y 15días **Fecha de la nota:** 8/07/2025 11:33:27 a. m.

DESCRIPCIÓN

ORDEN DE SERVICIO	39143 CONSULTA POR PEDIATRIA
DESCRIPCION	S/S HEMOGRAMA, GLICEMIA,IONOGRAMA, TSH, T4 LIBRE., UROCULTIVO. S/S ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO TERAPIA CON PSICOLOGIA(3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES). #36 (943102) 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 936303 VALORACION POR NEUROPSICOLOGIA (VALORACION COGNITIVO CONDUCTUAL) 890297 VALORACION POR NEUROLOGIA PEDIATRICA VALORACION POR GENETICA CITA CONTROL PEDIATRIA EN 3 MESES
Dx Ppal.:	F840 AUTISMO EN LA NIÑEZ
Dx Rel.1:	F83X TRASTORNOS ESPECIFICOS MIXTOS DEL DESARROLLO
Dx Rel.2:	
Dx Rel.3:	

DIDIER RAMIRO REY TIRADO
RM 1118834264
PEDIATRIA

4.225

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Kiara Isabella Cortiens			Ti	1119404446	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
13-NOV/2015	Riohacha		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
8	Hombre		Nueva EPS	SINDRO DE 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	La Guajira		Dibulla - Mingueo	
Dirección de vivienda:		Carrera A 10 n 5			
Barrio / Vereda		7 de Enero Mingueo			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género				Femenino	
				Masculino X	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Luis Bolaño		CC	CE	PP	
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**				**Dirección**
Madre	Madre				Carrera A 10 n5
Teléfono fijo / Celular		**Correo electrónico**			
3103840133					

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. 227

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
KIARA	ISABELLA	GUTIERREZ	BOLAÑO

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: 1119404446

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	21

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	54.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	57.14

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b130.3 b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.378

3. Codigos Actividades y Participación

d310.3 d350.2 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.

IPSI EZEQ SALUD
NIT: 900144134
COD. PRESTADOR: 440010063601
SEDE: EZEQ SALUD RIOHACHA

I.P.S.I. EZEQ - SALUD
Bienestar y Dignidad

HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL

Fecha de impresión del documento: 15/10/2024 11
Historia 222373 | Pág 1 de 1

IDENTIFICACIÓN TI 1113404446	**NOMBRES Y APELLIDOS** KIARA ISABELLA GUTIERREZ SOLANO	**FECHA NACIMIENTO** 13/11/2015	**EDAD** 8 AÑOS, 11 MESES, 2 DIAS
SEXO FEMENINO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA** NINGUNO DE LOS ANTERIORES	**GRUPO POBLACIONAL** POBLACION SISBENIZADA
NIVEL DE ESTUDIO PREESCOLAR	**OCUPACION** Estudiante	**DIRECCIÓN** mirguez	**TELÉFONO** 3103540133
FINANCIADOR NUEVA EPS	**RÉGIMEN** SUBSIDIADO	**PRIMER INGRESO** 15/10/2024 10:07 AM	**ÚLTIMA ATENCIÓN** 15/10/2024 10:07 AM

DATOS DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA

ESTA SUFRIENDO DE LA VISTA Y NO QUIERE COMER CASI

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ASISTE AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA CON ANTECEDENDE SINDROME DE DOWN EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DIFICULTAD EN LA VISION TALES COMO MIOPIA, ASI MISMO MADRE MANIFIESTA QUE PRESENTA INAPETENCIA QUE GENERALMENTE NO LE GUSTA CONSUMIR ALIMENTOS, PACIENTE AL MOMENTO CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SIGNOS VITALES NORMALES, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, POR LO ANTERIOR INDICO MANEJO PARA CUADRO CLINICO SS VALORACION PRIORITARIA POR OPTOMETRIA, SE INFORMA CONDUCTA A MADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

REVISIÓN POR SISTEMA

SINTOMAS GENERALES: NIEGA FIEBRE, NIEGA ALTERACIONES EN EL PESO, NIEGA MALESTAR GENERAL; ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NEGATIVO; CARDIOVASCULAR: NEGATIVO; RESPIRATORIO: NEGATIVO PARA SINTOMAS RESPIRATORIOS; GASTROINTESTINAL: HABITO INTESTINAL DIARIO, CONSISTENCIA NORMAL; GENITOURINARIO: DIURESIS NORMAL, NEGATIVO PARA SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS; LOCOMOTOR: NEGATIVO; OSTEOARTICULAR: NEGATIVO; SISTEMA NERVIOSO: NEGATIVO PARA SINTOMAS NEUROLOGICOS; PIEL Y ANEXOS: NEGATIVO PARA SINTOMAS DERMATOLOGICOS; PSIQUIATRICOS: NEGATIVO; SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO: NEGATIVO; OTROS: NEGATIVO

ES SINTOMATICO	NO	ES VICTIMA DE	NO	ES VICTIMA DE	NO	TIENE LEPRA	NO

ANTECEDENTES

MEDICOS FAMILIARES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Enfermedad Mental	NO	Tabaquismo	NO
Alcoholismo	NO	Drogo dependencia	NO	Dislipidemia	NO	Cancer	NO
Cardivascular	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	Otros antecedentes	SI		

EXÁMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

PESO (Kgs)	21.5	TALLA (cms)	122	FRECUENCIA CARDIACA	90
FRECUENCIA RESPIRATORIA	22	Temperatura	36	Imc	14.445

INSPECCIÓN FÍSICA

PIEL Y FANERAS	SIN CAMBIOS EN EL PIGMENTO - LLENADO CAPILAR MENOR A 2seg

4.23

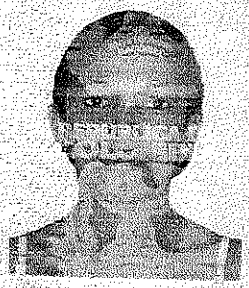
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.930.783**

BOLAÑO VALDES
APELLIDOS

ELDIS FRANCISCA
NOMBRES

Eldis Bolaño Valdez
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-1974**
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-SEP-1995 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800100-01143345-F-0040930783-20200630 0071058927A 1 9912408459

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

H.C 4.232

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Luis Mariano Arregoces Lastre			CC.	1.123.407.685	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
17/12/1990	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
34	Hombre	✓	Nueva EPS		DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica, Intelectual, Multiple	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira	Mingueo	
Dirección de vivienda:		CL 7 # 10 10-47		
Barrio / Vereda		20 de enero		
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:
Enilda del Carmen Lastre Perez	CC X	CE	PP	40.928.535
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			CL 7 # 10 - 47
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3116580699-3145563697				

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*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

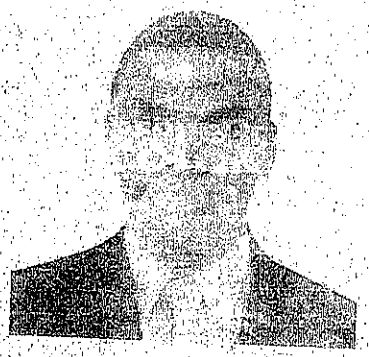
NUMERO **1.123.407.685**

ARREGOCES LASTRA

APELLIDOS

LUIS MARIANO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **17-DIC-1990**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

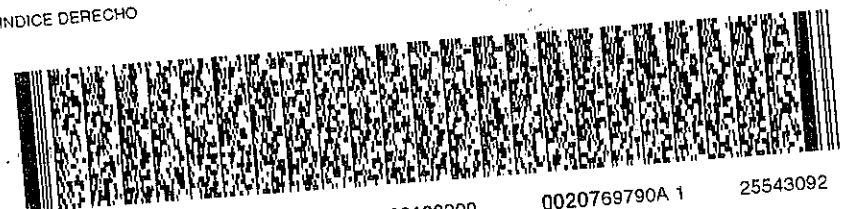
1.51 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

21-DIC-2009 DIBULLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-4800500-00213404-M-1123407685-20100209 0020769790A 1 25543092

4.234

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	MARIANO	ARREGOCES	LASTRA

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: 1123407685

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	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	100.00
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

b110.4 b139.4 b799.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d155.4 d161.4 d175.4

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.

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123407685 **ARREGOSES LASTRE LUIS MARIANO** **H, 34 Años (17-Dic-1990)**

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

Etnia: Blanco,Residencia: MINGUEO - Teléfono: 7777777 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: -BARRIO SIN DATO (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: MADRE MADRE (MADRE) - Dirección: - Teléfono: 7777777

Apertura HISTORIA DE PSICOLOGIA del 27-Jun-2025 09:12 am: 34 Años

Id: 151013

***

MOTIVO DE CONSULTA

DE[illegible]ADO DE RUTA DE CONFLICTO ARMADO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

NIEGA

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NIEGA

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NIEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES

NIEGA

HÁBITOS

NIEGA

**** Cuestonario para Historia de Psicologia ****

FAMILIA

Nucleo Familiar: EXTENSA

Tipo de Relacion con la Familia: PACIENTE REFIERE TENER UNA MUY BUENA RELACION CON SU FAMILIA

ENTORNO SOCIAL

Amigos: MANIFIESTA SER UNA PERSONA MUY AMIGABLE CON QUIENES SE DESENVUELVE MUY BIEN EN SU ROL SOCIAL.

Instituciones Educativas: NO REFIERE

Instituciones Religiosas: NO REFIERE

Trabajo: NO REFIERE

PERDIDAS Y DUELOS

Perdida Significativa: NO REFIERE

Duelo: NO REFIERE

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

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123407685 **ARREGOSES LASTRE LUIS MARIANO** **H, 34 Años (17-Dic-1990)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS SA Nivel: Nivel 1

Reticente: No

RECUERDOS Y RELACIONES

Recuerdos de la Infancia: MANIFIESTA HABER TENIDO UNA INFANCIA TRANQUILA Y FELIZ.

Relaciones con parejas: NO REFIERE

CONDUCTA MOTORA

ERACI. CUANTITATIVAS:

ALTERACI. CUALITATIVAS:

TRASTORNOS

TRASTORNOS CUANTITATIVOS:

ALTERACIONES CUALITATIVAS:

PROFESIONAL: --
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

****Evolución del 27-Jun-2025 09:12 am: 34 Años**
Id: 208414

Fecha de grabación: 27-Jun-2025 09:35 am

E ADO MENTAL

FUNCIÓN COGNITIVA INTACTA, ADECUADA ORIENTACIÓN EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EXAMEN MENTAL

PACIENTE MASCULINO INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS. SE ENCUENTRA ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA. DURANTE LA ENTREVISTA REFIERE HABER SIDO VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN EL PASADO, SITUACIÓN QUE LE GENERÓ AMENAZAS DIRECTAS CONTRA ÉL Y SU FAMILIA, OBLIGÁNDOLO A ABANDONAR SU LUGAR DE RESIDENCIA Y SEPARARSE TEMPORALMENTE DE SU NÚCLEO FAMILIAR. ESTA SITUACIÓN PRODUJO UNA AFECTACIÓN EMOCIONAL SIGNIFICATIVA EN SU MOMENTO. EN LA ACTUALIDAD, INFORMA QUE HA PARTICIPADO EN PROCESOS INSTITUCIONALES ORIENTADOS A LA REPARACIÓN INTEGRAL, AUNQUE MANIFIESTA INSATISFACCIÓN POR ALGUNOS RESULTADOS NO FAVORABLES. EN CUANTO A SU PRESENTACIÓN GENERAL, EL PACIENTE MANTIENE CONTACTO VISUAL ADECUADO, SE MUESTRA ATENTO, COLABORADOR Y PARTICIPATIVO DURANTE LA ENTREVISTA. SU

EXAMEN MENTAL

APARIENCIA FÍSICA ES ACORDE A SU EDAD CRONOLÓGICA, SE ENCUENTRA ASEADO Y BIEN PRESENTADO. EL CICLO SUEÑO-VIGILIA Y LA ALIMENTACIÓN SE REPORTAN COMO ESTABLES. A NIVEL EMOCIONAL, EXPRESA TRANQUILIDAD DURANTE LA VALORACIÓN, AUNQUE EMERGEN EMOCIONES ASOCIADAS A TRISTEZA Y FRUSTRACIÓN AL HABLAR DE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS. SE OBSERVA UN AFECTO CONGRUENTE CON EL CONTENIDO VERBAL, ESTABLE Y ADECUADO AL CONTEXTO, JUNTO CON SEÑALES DE RESILIENCIA Y DISPOSICIÓN PARA CONTINUAR CON SU PROCESO DE RECUPERACIÓN. DURANTE LA ENTREVISTA RESPONDE DE FORMA COHERENTE Y FLUIDA A LAS PREGUNTAS, CON JUICIO DE REALIDAD CONSERVADO, PENSAMIENTO LÓGICO Y ORGANIZADO, SIN ALTERACIONES PERCEPTUALES NI DEL LENGUAJE. SU ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y MEMORIA SE ENCUENTRAN DENTRO DE PARÁMETROS ADECUADOS. SE ESTABLECE UNA PRIMERA IMPRESIÓN POSITIVA, CON BUENA DISPOSICIÓN AL ABORDAJE TERAPÉUTICO. EL PACIENTE MANIFIESTA INTERÉS Y MOTIVACIÓN PARA CONTINUAR ASISTIENDO A LAS SESIONES COMO PARTE DE SU PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL.

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

" SE PROPONE CONTINUAR CON ATENCIÓN PSICOSOCIAL INDIVIDUAL DESDE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL Y DIFERENCIAL, ORIENTADO A LA ELABORACIÓN DEL TRAUMA POR DESPLAZAMIENTO FORZADO, AMENAZAS Y PÉRDIDA DE TIERRAS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1448 DE 2011. SE RECOMIENDA MANTENER SESIONES PERIÓDICAS PARA FORTALECER LA SALUD MENTAL DEL PACIENTE, PROMOVER SU RESILIENCIA, RECONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA Y APOYO EMOCIONAL, ES IMPORTANTE VERIFICAR Y GARANTIZAR SU PERMANENCIA ACTIVA EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS (RUV), SE REMITE A LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS SE REQUIERE ORIENTACIÓN SOBRE MEDIDAS DE REPARACIÓN INTEGRAL Y RESTITUCIÓN DE TIERRAS. ADEMÁS, SE SUGIERE EVALUAR EL ENTORNO FAMILIAR PARA FORTALECER VÍNCULOS AFECTIVOS, Y HACER SEGUIMIENTO CLÍNICO REGULAR PARA DETECTAR POSIBLES SÍNTOMAS PERSISTENTES QUE AMERITEN MANEJO INTERDISCIPLINARIO. ESTE PLAN DE MANEJO SE SUSTENTA EN EL DERECHO DEL PACIENTE A LA REHABILITACIÓN Y LA ATENCIÓN INTEGRAL COMO VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO.

****FECHA PROXIMA CITA****

Fecha próxima cita

Fecha próxima Cita: 27 DE AGOSTO DEL 2025

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 1123407685 **ARREGOSES LASTRE LUIS MARIANO** **H, 34 Años (17-Dic-1990)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS SA Nivel: Nivel 1

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-95422
Principal de consulta: [Z093] EXAMEN DE SEGUIMIENTO CONSECUTIVO A PSICOTERAPIA - Confirmado nuevo

Servicio de egreso: 1131 RUTA DE CONFLICTO ARMADO
En internación

Remitido a: CONSULTA DE NUTRICION / NUEVA EPS S.A.
Remitido a: ATENCION PREVENTIVA ODONTOLOGICA (PYM) / NUEVA EPS S.

Documento de venta asociado

ORDS-95422
Subsidiado: NUEVA EPS SA
Servicio de ingreso: [371 Otras Consultas Generales] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 25.06.2025 14:58:58
Servicio de egreso: [371 Otras Consultas Generales] [Consulta externa]

PROFESIONAL: [8224] GIOVANNA MARIA ALMAZO RIVADENEIRA - Identificación: CC 1006853934 - Registro: 1006853934 - Especialidad: PSICOLOGIA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

Apertura RUTA DE ADULTEZ ((29 A 59 AÑOS)) del 29-Sep-2025 06:18 pm: 34 Años
Id: 173259

***

MOTIVO DE CONSULTA

ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL A LA ADULTEZ

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NIEGA

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

NIEGA

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NIEGA

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NIEGA

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NIEGA

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NIEGA

PLANIFICACIÓN

NIEGA

Enfermedades de Transmisión Sexual

NIEGA

HÁBITOS

NIEGA

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

PROFESIONAL: [1003] ENGUIMARH NEIBIRY GOMEZ CASTILLO - Identificación: CC 809423 - Registro: 809423 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022702] MINGUEO

****Evolución del 29-Sep-2025 06:18 pm: 34 Años**
Id: 239545

Fecha de grabación: 29-Sep-2025 06:32 pm

****ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADOLESCENCIA - JUVENTUD - ADULTEZ - VEJEZ)****

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

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

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 1123407685 **ARREGOSES LASTRE LUIS MARIANO** **H, 34 Años (17-1**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS SA Nivel: Nivel 1

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 440900022701-ORDS-111716
Principal de consulta: [Z000] EXAMEN MEDICO GENERAL - Confirmado nuevo

Servicio de egreso: 1406 RUTA DE ADULTEZ 29 A 59 AÑOS (PYM)
En internación

Remitido a: CONSULTA DE NUTRICION / NUEVA EPS S.A.
Remitido a: ATENCION PREVENTIVA ODONTOLOGICA (PYM) / NUEVA EPS S.A.

****ASESORIA PRE Y POS VIH****

ASESORIA VIH

ASESORIA PRE VIH: SE EXPLORAN LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS QUE EL PACIENTE TIENE SOBRE VIH/SIDA, LOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN, CUALES SON LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO; SE CORRIGE IDEAS ERRÓNEAS. SE INDAGAN SOBRE LOS FACTORES DE VULNERABILIDAD EN ÁMBITO INDIVIDUAL: TIPO DE PAREJA, USO DE PROTECCIÓN, CONSUMO DE DROGAS, ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD DE GÉNERO.
ÁMBITO COLECTIVO: RELIGIO, ESTIGMA Y DISCRIMINACION, SITUACION DE CALLE, TRABAJO SEXUAL, APOYO DE FAMILIA O PAREJA.
CONOCIMIENTO PREVIO DE DIAGNÓSTICO DE VIH.
ANTECEDENTES DE REALIZACIÓN DE PRUEBA DE VIH PREVIAS.

ASESORIA POS VIH: SE REALIZA REPASO DEL SIGNIFICADO DE LOS POSIBLES RESULTADOS DE PRUEBA DE VIH, SE PERMITE QUE EL PACIENTE LEA LOS RESULTADOS Y SE ORIENTA PARA QUE VERIFIQUE QUE SE TRATA DE RESULTADO CORRECTO.
LE EXPLICA QUE SIGNIFICA REACTIVO O NO REACTIVO
Se ENTREGAN CONDONES Y SE LE EXPLICA EL USO CORRECTO Y CONTINUO EN UNA RELACIÓN SEXUAL.

Orden médica: 440900022701-OMED-94514, 29-Sep-2025

- ALBENDAZOL TABLETA 200 MG, TABLETA CON O SIN RE, #4, ORAL, 2 TAB VO DOSIS UNICA REPETIR A LOS 7 DIAS

- HEMOGRAMA I [ ] METODO MANUAL + CUADRO HEMATICO

- COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

- COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO

- COLESTEROL TOTAL

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

- TRIGLICERIDOS +

- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.

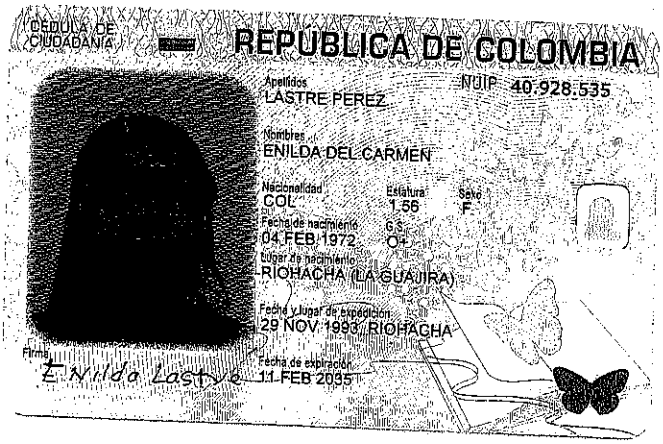
- UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA (PARCIAL DE ORINA)

Documento de venta asociado

ORDS-111716
Subsidiado: NUEVA EPS SA
Servicio de ingreso: [371 Otras Consultas Generales] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 24.09.2025 10:26:12
Servicio de egreso: [371 Otras Consultas Generales] [Consulta externa]

PROFESIONAL: [1003] ENGUIMARH NEIBIRY GOMEZ CASTILLO - Identificación: CC 809423 - Registro: 809423 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022702] MINGUEO

4.242


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 40.928.535

Apellidos
LASTRE PEREZ

Nombres
ENILDA DEL CARMEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

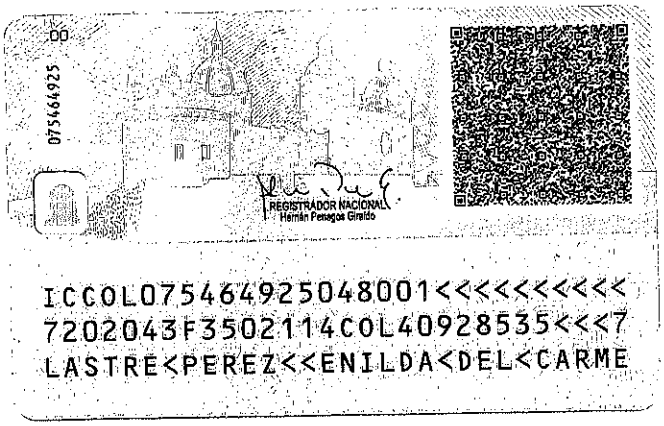
Fecha de nacimiento
04 FEB 1972

Lugar de nacimiento
RIOHACHA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
29 NOV 1993 RIOHACHA

Firma
Enilda Lastre

Fecha de expiración
11 FEB 2035


00

075464925

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0754649250480O1<<<<<<<<<<<
7202043F3502114COL40928535<<<7
LASTRE<PEREZ<<ENILDA<DEL<CARME

4.243

FUNDACIÓN FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Luis Alberto urrego Ramirez			CC.	1.123.403 617	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
10-06-1987	magangue		Bolivar	magangue	colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
37 Años	Hombre	V	Caja copi	Pterigion	DD/MM/AAAA
	Mujer				

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

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Maicao
Dirección de vivienda:		calle 4 cr 12	
Barrio / Vereda		7 De Junio	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ NO V	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ NO V	¿Cuál?
Género		Femenino Masculino V	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Luis Alberto urrego ramirez	CC V	CE	PP	1123403617
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
				calle 4 cr 12
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3206103528				

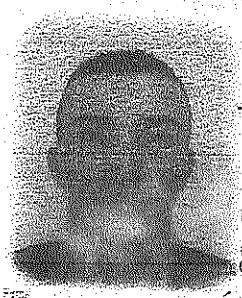
3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

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

4.247

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
URREGO RAMIREZ

NUIP 1.123.403.617

Nombres
LUIS ALBERTO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
10 JUN 1987

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MAGANGUE (BOLIVAR)

Fecha y lugar de expedición
09 FEB 2006, DIBULLA

Firma

Fecha de expiración
08 ABR 2034

043647961

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL043647967448005<<<<<<<<<<
8706102M3404089COL1123403617<5
URREGO<RAMIREZ<<LUIS<ALBERTO<<

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.

IPSI SOLWAYUU

NIT: 900270453-5

COD. PRESTADOR: 440900071204

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

HISTORÍA CLÍNICA DE MEDICINA GENERAL

Referencia: 949549

IDENTIFICACIÓN CC. 1123403617	**NOMBRES Y APELLIDOS** LUIS ALBERTO URREGO RAMIREZ	**FECHA NACIMIENTO** 10/05/1987	**EDAD** 37 AÑOS, 1 MESES, 8 DIAS
SEXO MASCULINO	**ESTADO CIVIL** UNION LIBRE	**PERTENENCIA ETNICA** NINGUNO	**GRUPO POBLACIONAL** NINGUNO
NIVEL DE ESTUDIO BASICA PRIMARIA	**OCUPACION** Conductores de motocicletas	**DIRECCIÓN** CALLE 54 N N 7	**TELÉFONO** 3024585106
FINANCIADOR CAJACOPI EPS	**RÉGIMEN** SUBSIDIADO	**FECHA DE ATENCION** 18/07/2024 03:04 PM	

DATOS DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA

NO VEO BIEN

ENFERMEDAD ACTUAL

SE INICIA ATENCION BAJO CUMPLIMIENTO ESTRICTO DE PROTOCOLO DICTADO POR OMS Y MINISTERIO DE SALUD NACIONAL POR PANDEMIA DERIVADA DE COVID-19, QUE CONSTA DE LAVADO DE MANOS, Y UTILIZACION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
PACIENTE MASCULINODE 37 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DADO POR VISION BORROSA ASOCIADO A LAGRIMEO DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL REFIERE ADEMAS PRESENCIA DE PTERIGION DERECHO

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
Cardivascular	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)	68.6	Talla (cms)	168	Frecuencia cardiaca	80
Tension Arterial	120/80	Frecuencia respiratoria	20	Temperatura	36.5
Imc	24.306	Clasificación IMC	Normal	Perimetro Abdominal	89

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. PTERIGION DERECHO AGUDEZA VISUAL 20/40
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
18/07/2024	[Diagnóstico principal] H110.Pterigion	1 - IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
18/07/2024	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 PRESENTA SINTOMA DE RESFRIADO COMUN NO RELEVANTES DEBE QUDARSE EN CASA PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA FORMULA MEDICA S/S VALORACION POR OFTALMOLOGIA

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Fecha	Medicamento	Cantidad	Posología
18/07/2024	NAPROXENO TAB O CAP 250 MG	15 Tableta o capsula	
18/07/2024	DICLOFENACO SODICO TAB 50 MG	15 Tableta	

PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA ATENCION	YULIBETH DAZA GONZALEZ	C.C.56073264	R.M.:	2931	FIRMA:

4.250

IPSI SOLWAYUU

NIT: 900270453-5

SEDE : IPSI SOLWAYUU MINGUEO

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

ORDEN MEDICA Nro. 148985

Fecha de impresion del documento: 19/07/2024 07:11

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
CC. 1123403617	LUIS ALBERTO URREGO RAMIREZ	37 AÑOS, 1 MESES, 9	MASCULINO	3024585106	CALLE 54 N N 7

FECHA DE ORDEN	CONVENIO	PATOLOGIA
18/07/2024	CAJACOPI ASISTENCIAL DIBULLA	Pterigion

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

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

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

IPSI SOLWAYUU
NIT: 900270453-5
SEDE : IPSI SOLWAYUU MINGUEO

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

4.251

ORDEN MEDICA Nro. 148985

Fecha de impresión del documento: 18/07/2024 15:20

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
CC. 1123403617	LUIS ALBERTO URREGO RAMIREZ	37 AÑOS, 1 MESES, 8	MASCULINO	3024585106	CALLE 54 N N 7

FECHA DE ORDEN	CONVENIO	PATOLOGIA
18/07/2024	CAJACOPI ASISTENCIAL DIBULLA	Pterigion

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

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

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

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

64252

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Luisa Padilla Perez			CC	40822093	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
18 Mar-1963					

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
62	Hombre		CAJA COP.	Artrosis Rodilla Bilateral	DD/MM/AAAA
	Mujer	X			

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

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	LA GUAJIRA	Hatonuevo
Dirección de vivienda:		Siete de Enero	
Barrio / Vereda		calle 2 con carrera 8 frente del caribe	
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:
Yamis Padilla Perez	CC X	CE	PP	40 943766
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Hija				Calle 2 Cir. 8.
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3116535877				

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*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.822.093

APELLIDOS PADILLA PEREZ

NOMBRES LUISA JOSEFA

Luisa Padilla Perez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1963
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

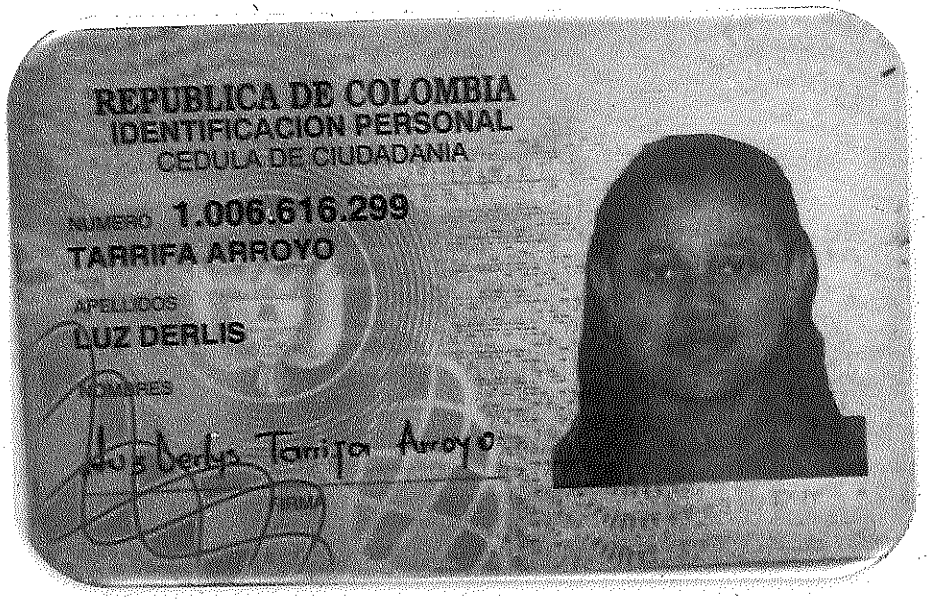
1.64	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-DIC-1981 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ HENGIFO LOPEZ

A-4800500-68146437-F-0040822093-20060405 00491 06095B 02 204554000

4 252



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.616.299
TARRIFA ARROYO

APELLIDOS
LUZ DERLIS

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-ABR-1996
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

29-ABR-2014 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4800500-00581016-F-1006616299-20140529 0038881929A 1 42174479

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Marco Madera Arrieta			CC	6816.626	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
13-11-1951	Coloso		Sucre	Coloso	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
73	Hombre	✓	Caja cop. Sub	Secuela de fractura de brazo Hipertension Arterial	
	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 - Mingueo	
Dirección de vivienda:		Calle 1C #7-106		
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:
Marco Madera Restrepo	CC ✓	CE	PP	1.101.784.201
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hijo	Hijo			Calle 1C #7-106
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3145045516				

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?

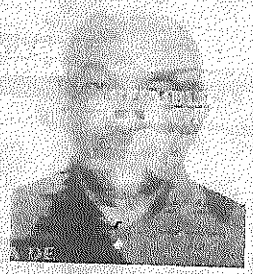
4. 284

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
6.816.626
NUMERO

MADERA ARRIETA
APELLIDOS

MARCOS FIDEL
NOMBRES

Marcos Madera
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1951
COLOSO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

21-ENE-1974 SINCELEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-4800500-68149107-M-0006815626-20080717 0538906198A 02 204556203

4.285

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
MARCOS	FIDEL	MADERA	ARRIETA

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: 6816626

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	7

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	50.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b7158.3 b729.3 b749.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s798.372

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4602.3 d570.2

4.286

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 6916626 MADERA ARRIETA MARCOS FIDEL N, 73 Años (10-Nov-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
Etnia: Blanco,Residencia: CALLE - 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 19-Mar-2025 08:08 am: 73 Años
Id: 126870

Acompañante:

MOTIVO DE CONSULTA
DOLOR EN BRAZO

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE MASCULINO DE 73 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE ANTECEDENTES DE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO DISTAL IZQUIERDA HACE 24 AÑO REDUCIDA CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, HOY CONSULTA CON CUADRO DE DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION PARA LA FUNCION DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR EN EL MISMO
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.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS
OSTESINTESIS DE HUMERO IZQ

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: [1012] MED- YULIBETH DAZA GONZALEZ - Registro: 56078264 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022702] MINGUEO

**Evolución del 19-Mar-2025 08:08 am: 73 Años
Id: 173311

Fecha de grabación: 19-Mar-2025 08:14 am

EXÁMEN FÍSICO
Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 80, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.5°C, Peso: 66.0 Kgs., Talla: 164 cms., IMC: 24.54 Peso Normal , Perímetro cintura: 95 Riesgo elevado, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 160 / 90 (Hipertensión, estadio 2 / TA Media: 113), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÙS DE ÀVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

Jueves, 20-Mar-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 6816626 MADERA ARRIETA MARCOS FIDEL H, 73 Años (18-Nov-1951)

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

[~~+~~0900022702] MINGUEO

4.292

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

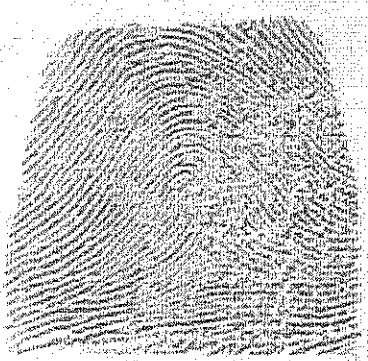
NUMERO 1.101.784.201
MADERA RESTREPO

MARCOS RAFAEL

NOMBRES

FIRMA





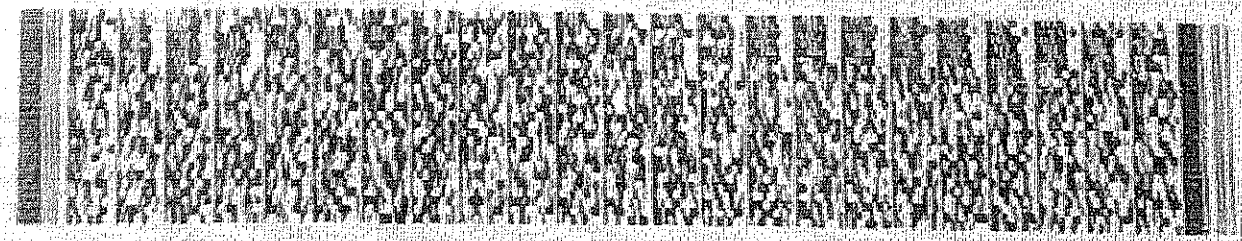
FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1994
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-OCT-2012 COLOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2502000-00420632-M-1101784201-20130109 0032083743A 1 3915917B

4.293

FUNDACIÓN FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
María camila urrego maruland			TI	1.123 416 309	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
25-06-2017	Riohacha		La Guajira	I	Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
8 Años	Hombre		Caja COPI	-Soplo cardiaco No Especificado	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	Mingueo
Dirección de vivienda:		calle 4 CR 12	
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

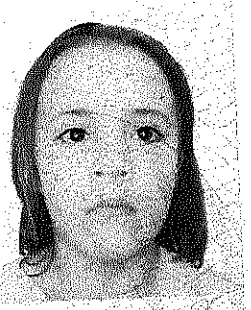
Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Jennifer Andrea maruland Heren	CC ↘	CE	PP	1.000-289-855
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
madre	madre			calle 4 CR 12
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
320 610 3528				

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*

4.294

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.123.416.309**

URREGO MARULANDA

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-2017**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

25-JUN-2035
FECHA DE VENCIMIENTO

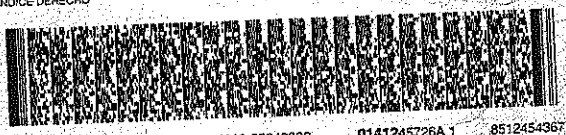
A+
G.S. RH

F
SEXO

01-AGO-2024 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO



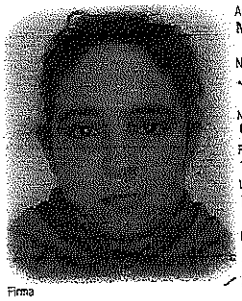
P-4800500-01458008-F-1123416309-20240803 0141245726A 1 8512454367

4.302

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

0780284430

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0780284300150001<<<<<<<<<<<
9006197F3503203COL1000289855<5
MARULANDA<HENAO<<JENNIFER<ANDR

FLORECER

-Fb

4.303

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Maria de Jesus Cordoba Arias			CC.	1.123.416.574	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
23/07/1999	ValledoPar		Cesar	ValledoPar	Colombia
Edad:	Sexo:	EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:	
26	Hombre	Caja Copi	Trastorno Mental No especificado - Retraso Mental Grave.	DD/MM/AAAA	
	Mujer ✓				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Intelectual - Psicosocial - Multiple	SI ✓	NO	SI	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SI	NO	La Guajira	Mingueo
Dirección de vivienda:		CL 5 #3-29	
Barrio / Vereda		San Martin	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SI	NO ✓	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SI	NO ✓	¿Cuál?
Género			Femenino ✓ / Masculino

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Josefa Rosario Arias Almazo	CC ✓	CE	PP	40.918.309
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			CL 5 #3-29
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3223598432				

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

4-304



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

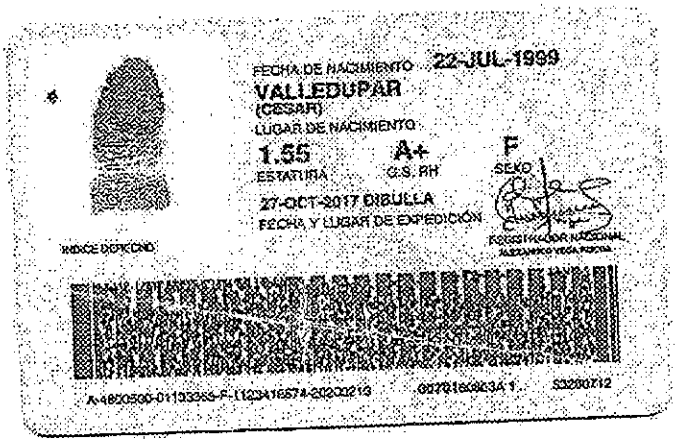
NÚMERO 1.123.416.574
CORDOBA ARIAS

APELLIDOS
MARIA DE JESUS

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1999
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-OCT-2017 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA PINEDA

INDICE DERECHO

A-4800500-01133365-F-1123416574-20230213 0027215c9c3A 1 53280712

4.305

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 JESUS	CORDOBA	ARIAS

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: 1123416574

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
2025	6	4

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	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	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	87.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b139.2 b399.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s199.288 s399.388
3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d310.3 d879.4

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 de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

4.

IPS SALUD VITAL GUAJIRA SAS
901226064-0
Teléfonos: 3215597846

Dirección: CARRERA 2 N35 - 50 - RIOHACHA

VITAL SALUD

Atención N° 0100432010
Fecha de Atención: 16/07/2025

1123416574
Paciente: CORDOBA ARIAS MARIA DE JESUS

HISTORIA CLINICA DE CONTROL PSIQUIATRIA

Datos del afiliado

Identificación: CC 1123416574 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 22/07/1999 **Edad:** 25 años, 11 meses, 24 días
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA **Zona:** Rural
Dirección: CORREGIMEINTO DE DIBULLA
Ocupación: No Aplica **Autorizacion:**
Contratante: CAJACOPI EPS SAS
Teléfonos: 3223593432 **Plan:** SUB EVENTO SUBSIDIADO **Especialidad:** Psiquiatría
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional
Profesional: 40932767 - TORRES FREYLE CHERIS

Diagnósticos

Principal [Impresión Diagnóstica]: (F039) TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA.

EXAMEN MENTAL:
PACIENTE CON IDX F721+ F069
S: REFIERE LA MADRE QUE RECIBE LAS TERAPIAS, PERO SE IRRITA CUNADO NO VIENE EL PSICOLOGIA , CON MAS TRANQUILA ,E STA EN DUELO POR LA MUERTE DE SU ABUELA ,

O: CONSCIENTE SE IRIRTA POR MOMNETOS , CONTROLA UN POCO SUS IMPULSOS, CON COMPROMISO DE LA PSIQUIS DE LA CONDUCTA , DESORGANIZACION ONDUCTUAL , NO CONECTA LA REALIDAD , CON POCA EXPRESION EMOCIONAL , CON INSOMNIOD E MANTENIMIENTO , JUICIO Y RACICINIO VELADO.

ANALISIS: PACIENTE CON DISFUNCION CEREBRAL POR EPILEPSIA, CONDUCTUAL POR LA DISCAPACIDAD COGNITIVA MEDICADA PARA SOBRELLEVAR Y MANEJAR SU CONDUCTA , SE MANTIENE TRATAMIENTO QUE REQUIERE MANEJO TERAPIA Y CONTROL EN 3 MESES, SE REMITE A NUEROLOGIA , POR ELECTROENECEFALOGRAMA ANORMAL PAROXISTICO GENERALIZADO Y LENTO DEL PATRON BASAL. PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO , CON MIVIMIENTOS ANORMALES.

PLAN: OLANZAPINA TABLETA 5 MG TOMAR 1 TAB CADA MAÑANA Y 1 TAB ADA NOCHE VIA ORAL POR 3 MESES
ACIDO VALPROICO CAPSULA 250 MG TOMAR 1 CAPSULA CADA 12 HORAS VIA ORAL POR 3 MESES
MELATONINA TABLETA 3 MG TOMAR 2 TAB CADA NOCHE VIA ORAL POR 3 MESES
TRAZODIONA TABLETA 50 MG 1 CADA12 HORAS VIA ORAL POR 3 MESES
TERAPIA FISICA DOMICILIARIA 36 SESIONES PARA 3 MESES
TERAPIA PSICOLOGICA 36 SESIONES DOMICILAIRIA PARA 3 MESES
TERAPIA POR FONOAUDIOLOGIA 36SESIONES PARA3 MESES DOMICILIARIA
CITA EN 3 MESES
CITA POR NEUROLOGIA

TORRES FREYLE CHERIS
Especialidad: Psiquiatría
Identificación: 40932767
N° Registro: 4482207
Imprime: DANEXI PAOLA MONTAÑO MENGUAL.

4.303

EPS SALUD VITAL GUAJIRA SAS
901226064-0
Teléfonos: 3215597845

Dirección: CARRERA 2 N35 - 50

VITAL SALUD

Consecutivo: 0100016422
Fecha: 16/07/2025

Paciente: CC 1123416574 - CORDOBA ARIAS MARIA DE JESUS

FÓRMULA MÉDICA (Medicamentos e Insumos)

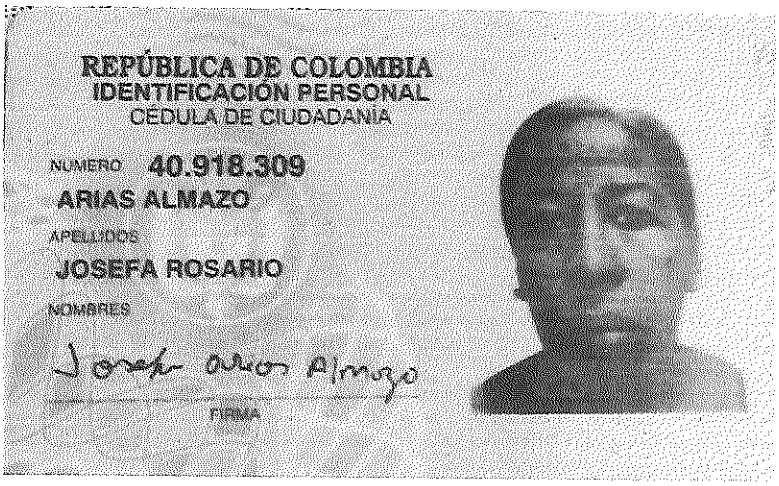
— Datos del afiliado —

Identificación: CC 1123416574 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 22/07/1999 **Edad:** 25 AÑOS
Departamento: La Guajira **Ciudad:** RIOHACHA **Ocupación:** No Aplica
Teléfonos: 3223598432 **Dirección:** CORREGIMEINTO DE DIBULLA
Contratante: CAJACOPI EPS SAS

DX Principal: F069 - TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA
DX Relacionado: F721 - RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIE

item	Servicio	Cantidad
1	TERAPIA INTEGRALES DOMICILIARIAS	108
	Observaciones: TERAPIA FISICA DOMICILIARIA36 SESIONES PARA 3 MESES TERAPIA PSICOLOGICA 36 SESIONES DOMICILAIRIA PARA 3 MESES TERAPIA POR FONOAUDIOLOGIA 36 SESIONES PARA3 MESES	

TORRES FREYLE CHERIS
Especialidad: Psiquiatría
Identificación: 49932767
N° Registro: 4482207



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 40.918.309
ARIAS ALMAZO
APELLIDOS
JOSEFA ROSARIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1963
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-AGO-1983 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

A-4800500-01319142 F 0040918309 20220926

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 CARMEN	GAMARRA	MARTINEZ

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: 1176215763

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	9	2

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	62.50
Movilidad	95.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	82.50
Participación	96.43
GLOBAL	75.03

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b6202.4 b730.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s1200.377 s7400.363 s750.342

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4602.4 d640.4

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
CAROLINA GOMEZ COTES	Fisioterapia	CC-40847752 Carolina Gomez C.

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *MARIA DEL CARMEN GAMARRA MARTINEZ* manifiesto que: *SI*

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

María del Carmen Gamarra Martinez 1176215763

Nombre y Firma Documento: TI-1176215763

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

ANASHIWAYA IPSI

900177624-0
CLL 15 # 8 - 86
Teléfonos: 7282996 - 7275739
Riohacha

Consecutivo: 0102728515

Afiliado

Nombre: GAMARRA MARTINEZ MARIA DEL CARMEN — Sexo: Femenino — Estado Civil:
Identificación: TI 1176215763 — Id. Alterna: — Edad: 12 Años — F Nacimiento: 31.08.2012
Escolaridad: NO ESTUDIA — Grupo Etnico: No Aplica
Direccion: MNGUEO GUAhira — Zona: U — Ciudad: RIOHACHA — Telefono: 3116788999
Sede Afiliado: RIOHACHA — Ocupacion: JUBILADO, DESEMPLEADO, AMA DE CASA, ESTUDIANTE, DEDICACION
Contratante: CAJACOPI EPS S.A.S. — Plan: EVE060 — Regimen: — Vinculación

Dx Principal

R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

Fecha ingreso: 25.AUG.2025 7:25 **HISTORIA CLINICA PEDIATRICA - CONSULTA EXTERNA**
Fecha egreso: 25.AUG.2025 7:39

Id.Medico: 1118834264 Nombre: REY TIRADO DIDIER RAMIRO Especialidad: Pediatria

K590 CONSTIPACION
Q039 HIDROCEFALO CONGENITO, NO ESPECIFICADO

ANTECEDENTES:

TIPO	CLASE	NOMBRE	OBSERVACION

Signos Vitales:

IMC (Cm)	PESO (kg)	TALLA (Cm)
1	1	1

ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA: CONSULTA DE CONTROL POR PEDIATRIA
NOTA: se realiza la consulta con las medidas de protección personal y de bioseguridad

SE TRATA DE ESCOLAR DE SEXO FEMENINO DE 12 ANOS DE EDAD QUE CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU PROGENITORA CONSULTA POR ANTECEDENTES DE HIDROCEFALIA CORREGIDA CON DVP + DISPLASIA DE CADERA (CORREGIDA 01/11/23) + VEJIGA NEUROGENA EN TRATAMIENTO CON EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, MANIFIESTA SENTIRSE BIEN, NIEGA HOSPITIALIZACIONES, PAA HOY REFERE ALTERACION EN PATRON EVACUATORIO.

VX POR NEFROLOGIA PEDIATRICA QUEIN INDICA CATETERISMO INTERMITENTE, OXIBUTININA, FOSFOMICINA.

EN ESPERA DE REALIZAR OSTEOSINTENSIS Y RECONSTRUCCION DE CADERA IZQUIERDA.

FARMACOLOGIA: OXIBUTININA, FOSFOMICINA.
PATOLOGICO HIDROCEFALIA CORREGIDA CON DVP + DISPLASIA DE CADERA + VEJIGA NEUROGENA, ESTREÑIMIENTO CRONICO
ALERGICOS NIEGA
QUIRURGICOS CORRECCION DE MIELOMENINGOCELE, DVP. HIDROCEFALIA CORREGIDA CON DVP
HOSPITALARIOS NIEGA
INMUNIZACIONES COMPLETO

ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ASPECTO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLES.
PESO ACTUAL 32 KG TALLA ACTUAL 143 cms FC 101/MIN FR 32R/min

CCC

NORMOCEFALO, PC: 50 CM, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NORMAL, FOSAS NASALES PERMEABLES SIN SECRECIONES. CUELLO: MOVIL, NO SE PALPAN ADENOPATIAS.
TÓRAX: SIMÉTRICO, SIN TIRAJES A LA INSPECCIÓN, 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 +
HIPOTROFICAS, SIN EDEMAS, NO DEFORMIDAD, PULSOS PRESENTES, SE EVIDENCIA ROTACION EXTERNA DE PIERNA IZQUIERDA HIDRATADA, SIN LESIONES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
CON DEFICIT SENSITIVO Y MOTOR PROPIO DE SU PATOLOGIA

ANASHIWAYA IPSI
900177624-0
CLL 15 # 8 - 86
Teléfonos: 7282996 - 7275739
Riohacha

Consecutivo: 0102728515

ANALISIS

ANALISIS/DX

PACIENTE CON ANTECEDENTES PATOLOGICO MULTIPLES, QUIEN CONSULTA PARA RENOVAR ORDENES MEDICAS, EN ESPERA DE VX POR NEUROCX PARA REPOSICIONAR DVP.

PLAN

POLIETILENGLICOL 3350 POLVO FRASCO X160G ..#2 FRASCOS
DAR 32 GRS VIA ORAL EN 24 HRS X 1 MES
CREMA ANTIPAÑALITIS ESCARAS NISTATINA/OXIDO DE ZINC 30 GR ..... #9
UTILIZAR DESPUES DE CADA CAMBIO DE PAÑAL POR 90 DIAS
PAÑALES TENA TALLA M PARA 3 MESES . . . # (540 PAÑALES) (MADRE TIENE TUTELA)
COLOCAR 6 PAÑALES DIARIO X 3 MESES
PAÑITOS HUMEDOS WINNY ...#18 PAQUETES
USO: SEGUN DEMANDA TOTAL (6 PAQUETES POR MES DURANTE 3 MESES)
NUTRICION ESPECIALIZADA PARA NIÑOS PEDIASURE LIQUIDO BOTELLA 220 ML . . . . # 180
DAR 220 ML POR VIA ORAL CADA 12 HRS POR 90 DIAS
S/S TAC DE CRANEO SIMPLE
CITA CONTROL PEDIATRIA EN 3 MESES 390383

REY TIRADO DIDIER RAMIRO
1118834264

Pediatría

ANASHIWAYA IPS

900177624-0
CLL 15 # 8 - 86
7282996 - 7275739

FORMULA MEDICA

No. 0101034214

Fecha: 25.08.2025 7:37:00

No. Origen: 1176215763 Historia Clinica: 1176215763
Paciente: 1176215763 GAMARRA MARTINEZ MARIA DEL CARMEN
Ciudad: 44001 RIOHACHA
Contratante: 0100201100 CAJACOPI EPS S.A.S.
Plan: EVE060 SUBSIDIADO 2025 Tipo Regimen:
Clase Orden: Normal
IDDX: R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
DX Rel: K590 CONSTIPACION

ITEM	Servicio	Cantidad
001	SOLICITUDES Y RECOMENDACIONES MEDICAS	UN (1)

Observaciones: S/S TAC DE CRANEO SIMPLE

CITA CONTROL PEDIATRIA EN 3 MESES 890383

1118834264 REY TIRADO DIDIER RAMIRO
Reg. Médico No.: 1118834264

ORIGINAL

4.319

FUNDACION VIDA CON AMOR IPS

NIT: 900139859-2

SEDE : FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS MAICAO

ORDEN DE SERVICIO MEDICO Nro. 179994

Fecha de impresión del documento: 23/03/2024 12:26

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
TI. 1176215763	MARIA DEL CARMEN GAMARRA MARTINEZ	11 AÑOS, 6 MESES, 23 DIAS	FEMENINO	3145312316	CLL 5# 20

FECHA DE ORDEN	CONVENIO	PATOLOGIA
20/10/2023	CAJACOPI POR EVENTO	Malformacion congenita de la medula espinal, no especificada

CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	120 SESIONES PARA 6 MESES
937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	120 SESIONES PARA 6 MESES
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	120 SESIONES PARA 6 MESES
890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	CITA DE CONTROL NEUROPEDIATRIA EN 6 MESES O ANTES SI PRESENTA ALGUAN EVENTUALIDAD

Dr. Ray Deluquez Baute
NEUROPEDIATRA
R.M. 200161

RAY VICENTE DELUQUE BAUTE
T.P.: 5135376

4-3/10

FUNDACION VIDA CON AMOR IPS

NIT: 900139859-2

COD. PRESTADOR: 444300073903

HISTORIA CLINICA DE NEUROPEDIATRÍA

Referencia: 1574068

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD
TI. 1176215763	MARIA DEL CARMEN GAMARRA MARTINEZ	31/08/2012	11 AÑOS, 1 MESES, 20 DIAS.
SEXO	ESTADO CIVIL	PERTENENCIA ETNICA	GRUPO POBLACIONAL
FEMENINO	SOLTERO	NINGUNO DE LOS ANTERIORES	NO APLICA
NIVEL DE ESTUDIO	OCUPACION	DIRECCIÓN	TELÉFONO
BASICA PRIMARIA	NO TENGO INFORMACION	CLL 5# 20	3145312316
FINANCIADOR	RÉGIMEN	PRIMER INGRESO	ÚLTIMA ATENCIÓN
CAJACOPI	SUBSIDIADO	20/10/2023 10:20 AM	20/10/2023 10:20 AM

ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA

TA DE CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE A CONSULTA DE CONTROL POR PRESENTAR LESIÓN MEDULAR, POP DE MIELOMENINGOCELE ATRASO EN SU DESARROLLO NEUROPSICOMOTOR, CON BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA HASTA LA FECHA. NIEGA CRISIS CONVULSIVAS U OTROS SÍNTOMAS.

PRÓXIMO A REALIZAR CIRUGÍA DE CADERA EN LA CIUDAD DE CARTAGENA

ANTECEDENTES

PERSONALES - PATOLOGICOS

POP TARDIO DE MENINGOCELE.
TAC DE CRANEO DEL 04-10-2021: REPORTADA CON DVP, CON BBUENA UBICACION.
NO PRESENTA SEÑALES DE HIPERTENSION INTRACRANEANA.

MEDICOS FAMILIARES

SIN DATOS POSITIVOS

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

TENSIÓN ARTERIAL	100	FREC. CARDÍACA	80	FREC. RESPIRATORIA	20
LSO	80	PESO (Kgs)	.	TALLA (cms)	.
IMC	.				

INSPECCIÓN FÍSICA

Aspecto General	PACIENTE EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES, HIDRATADA, EUPNEICA
Abdomen	GLOBOSO, RUIDOS HIDROAÉREOS EN NÚMERO DE 5 POR MINUTO, BLANDO, SIN VISCEROMEGALIAS PALPABLES, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
Tórax y Cardiopulmonar	TORAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO SE EVIDENCIA TIRAJE SUBCOSTAL O INTERCOSTAL, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE, SIN AGREGADOS PULMONARES, RUIDOS CARDÍACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, SIN S3 NI S4.
Extremidades	EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES PRESENTAN PULSOS SIMETRICOS, PALPABLES BILATERAL, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS.
Genitourinario	NORMOCONFIGURADO
Neurológico	PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, SIN ASIMETRÍAS FACIALES, PUPILAS ISOCÓRICAS, FOTORREACTIVAS. FUERZA MUSCULAR PRESERVADA EN MIEMBRO SUPERIORES, DISMINUIDAS EN INFERIORES. MARCHA CON LORDOSIS MODERADA, AUMENTO DEL ÁNGULO DE SUSTENTACIÓN, HIPORREFLEXIA EN MIEMBROS INFERIORES.
Piel y Faneras	SIN LESIONES

DIAGNÓSTICOS

Fecha	Diagnóstico	Tipo
20/10/2023	[Diagnóstico principal] Q069.Malformacion congenita de la medula espinal, no especificada	1 - IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
20/10/2023	PACIENTE CON LESIÓN MALFORMATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO A NIVEL DE MEDULA, ACTUALMENTE ESTABLE SIN COMPLICACIONES, SIN CRISIS CONVULSIVAS; SE CONSIDERA PRUDENTE EL DIA DE HOY 1. NO INDICO MEDICACIÓN 2. MANTENGO PAQUETE INTEGRAL EN LAS ÁREAS DE TERAPIA FÍSICA, T. OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA 120 SESIONES DE C/U PARA 6 MESES. 3. RECOMENDACIONES GENERALES 4. CITA DE CONTROL EN 6 MESES O ANTES SI PRESENTA ALGUNA EVENTUALIDAD

OFESIONAL QUE REALIZÓ LA ATENCION	RAY VICENTE DELUQUE BAUTE	C.C.5135376	R.M. :	5135376	FIRMA Dr. Ray Deluque Baute NEUROPEDIATRA R.M. 200'161

4.32

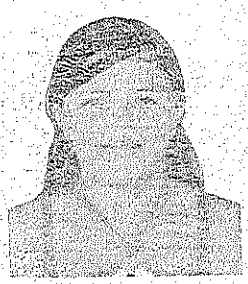
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.409.710
MARTINEZ GONZALEZ

APELLIDOS
MARIA ANGELICA

NOMBRES
Maria Martinez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1992
SAN JUAN DE BETULIA
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-ABR-2011 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4800500-00317848-F-1123409710-20110729 0027622925A 1 25494581

Foto. 4.321

FUNDACIÓN FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Maria Isabel Urrego Montero			T.I	1.118.859.403	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
21-02-2014	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
11 años	Hombre		Caja Copi	-Sindrome de Down	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			

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

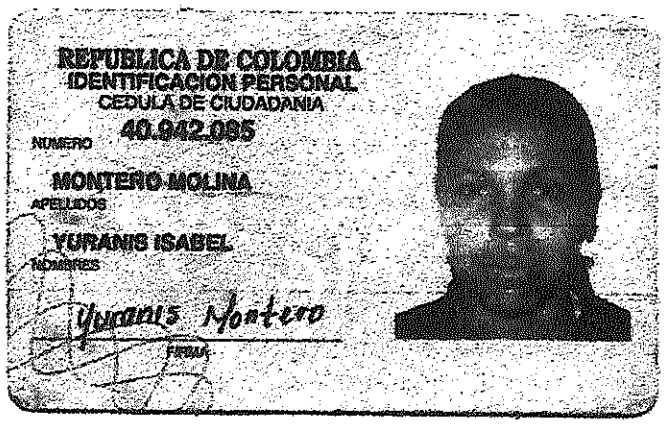
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Dibulla
Dirección de vivienda:		Calle 8, al lado de Jorge Cusman	
Barrio / Vereda		Alto Prado	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Forzado
Pertenencia étnica:		SÍ NO ✓	¿Cuál?
Género		Femenino Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

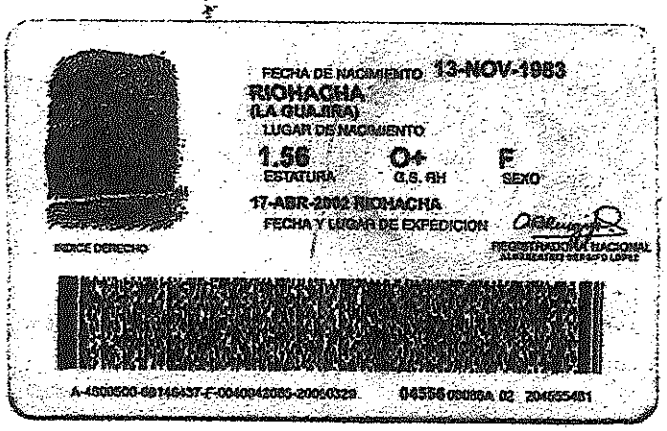
Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Yuranis Isabel Montero Molina	CC ✓	CE	PP	40.942.085
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Madre	Madre			Calle 8 B/Alto Prado
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3234580564				

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		de lunes a viernes	*Mañana*
			Tarde
Institución pública ✓	*Institución privada*		*Jornada Completa*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 40.942.085
MONTERO MOLINA
APELLIDOS
YURANIS ISABEL
NOMBRES
Yuranis Montero
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1983
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-ABR-2002 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-4500500-69146437-F-0040942085-20020329 04556 00000A 02 2046554B1

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Maria Jose Medina Orozco			CC	1.123.410.093	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
31/05/1993	El Copey		Cesar		Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
32 Años	Hombre		Coop Salud - Subs	- Secuela severa del tobillo y pie derecho	
	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	Maicao
Dirección de vivienda:		Cra 6 A Bis #3B-42	
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:
Maria Jose Medina Orozco		CC ✓	CE	PP	1.123.410.093
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**				**Dirección**
Paciente					
Teléfono fijo / Celular		**Correo electrónico**			
3024597342		mayomedinaorozco0831105@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		

4. 328

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

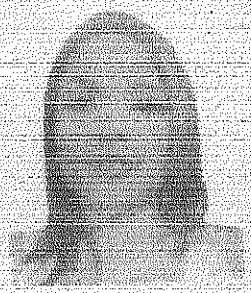
NÚMERO 1.123.410.093

MEDINA OROZCO

APELLIDOS

MARIA JOSE

NOMBRES



Maria J Medina

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1993

EL COPEY
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

29-AGO-2011 DIBULLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-4800500-00845407-F-1123410093-20160830 0050767439A 2 44933775

4-329

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	JOSE	MEDINA	OROZCO

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: 1123410093

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	19

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	62.50
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b770.3 b780.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s799.368

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.1 d920.2

4-39

COLSALUD S.A. CLINICA MARCARIBE

819002176 - 8

RHsClxFo
Pag: 1 de 1
Fecha: 30/07/19
G.etareo: 7

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1123410093 -- MARIA JOSE MEDINA OROZCO

Empresa: COMPARTA EPS-S NIVEL III (SUBSIDIADO) **Afiliado:** ESTRATO 1
Fecha Nacimiento: 31/05/1993 **Edad actual :** 26 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casad
Teléfono: 3122161287 **Dirección:** CALLE 29I N 29C-48 SANTA ANA
Barrio: SANTA MARTA **Departamento:** MAGDALENA
Municipio: SANTA MARTA **Ocupacion:** RECIEN NACIDO
Etnia: Ninguno de los anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: No Definido **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Ninguna **Grupo Poblacional:** OTRO GRUPO POBLACIONAL

SEDE DE ATENCIÓN: 01 COLSALUD S.A. **Edad :** 26 AÑOS

FOLIO 1399 **FECHA** 30/07/2019 14:45:58 **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

MOTIVO DE CONSULTA

paciente con secuela severa del tobillo y pie dercho
con multiples cirugias
con secuelas severas del tbillo y delpie

ENFERMEDAD ACTUAL

femnia de 26 años de eda d
prsenta deformidad severa del tobillo y delpie con artrodesis del tobillo
tien un defecto de covertura
trae repor de infectologia que no esta infectada
tien un acortamineto del m inferior dercho
plan se le ordena terapia para la rodilla y para la cadera
el tobillo no tiene movilidad
se le pide un tes de farril
medicion radiografia de los m inferiores
cita en 3 a 4 semans tien tratamento istaurado por infectogia

DIAGNÓSTICO S823 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA Tipo PRINCIPAL

PASCUAL BERNAL
Reg. 323
CONSULTA POSTOPERATORIA

CLINICA MARCARIBE
COLSALUD S.A.
CONSULTA EXTERNA

4.332

COLSALUD S.A. CLINICA MARCARIBE

819002176 - 8

RHsClxFo
Pag: 1 de 1
Fecha: 20/08/19
G.etareo: 7

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1123410093 -- MARIA JOSE MEDINA OROZCO

Empresa: COMPARTA EPS-S NIVEL III (SUBSIDIADO) **Afiliado:** NIVEL SISBEN 1

Fecha Nacimiento: 31/05/1993 **Edad actual :** 26 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casad

Teléfono: 3122161287 **Dirección:** CALLE 29I N 29C-48 SANTA ANA

Barrio: SANTA MARTA **Departamento:** MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA **Ocupacion:** RECIEN NACIDO

Etnia: Ninguno de los anteriores **Grupo Etnico:**

Nivel Educativo: No Definido **Atención Especial:** OTROS

Discapacidad: Ninguna **Grupo Poblacional:** OTRO GRUPO POBLACIONAL

SEDE DE ATENCIÓN: 01 COLSALUD S.A. **Edad :** 26 AÑOS

FOLIO 1409 **FECHA** 20/08/2019 09:12:50 **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL POP DE ULCERA CRONICA DE PIE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CONCIDA CON ULCERA CRONICA DE PIE DERECHO BIMALEOLAR A QUIEN SE REALIZO CIERRE POR COLGAJO LOCAL DE AVANCE C
NUEVA DEHISCENCIA EN MANEJO CON ANTIBIOTICOS POR OSTEOMIELITIS CRONICA
TRAE REPORTED DE RADIOGRAFIA SIN EVIDENCIA DE OSTEOMIELITIS, RADIOGRAFIA DE MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES DE LONGITUD
MIEMBRO INFERIOR DERECHO 273 MM
LONGITUD ME MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO 302 MM

EXAMEN FÍSICO

. PIEL: SE EVIDENCIA ULCERA BIMALEOAR CON BUEN TEJIDO DE GRANULACION SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL CON SECRECION ESCASA SEROSA

ANÁLISIS

SE EVIDENCIA ULCERA BIMALEOAR CON BUEN TEJIDO DE GRANULACION SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL CON SECRECION ESCASA SEROS
VALORAD APOR ORTOPEDIA QUIEN DESCRATA INJERTO OSEO POR OSTEOMIELITIS CRONICA
SE EEXPLICA AL APCIENTE SEGURI CON SURACIONES CON PARCHES DE ULTIMA TECNOLOGIA SE ESPERA REPORTE DE INFECTOLOGIA DE MANEJO DE OSTEOMIELITIS
SE PLANTEA COMO SEGUNGA ALTERNATIVA COLGAJO A DISTANCIA PARA CUBRIR DEFECTO SE EXPLICA A LA PACIENTE QUE SOLO SE PODR RECONSTRUR UNA DE LAS DOS ULCERAS

PLAN Y MANEJO

CITA CONTROL EN UNA SEMANA
CURACIONAES DOMICILIARIAS CON PARCHES DE ULTIMA TECNOLOGIA CUTIMED SORBACT CADA 48 HORAS
CITA CONTROL EN UNA SEMANA

Evolución realizada por: JORGE LUIS RIOS SUAREZ-Fecha: 20/08/19 09:33:40

DIAGNÓSTICO L97X ULCERA DEL MIEMBRO INFERIOR NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE Tipo PRINCIPAL

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA PORCIRUGIA PLASTICA Fecha de Orden: 20/08/2019 **Ordenada**

OBSERVACIONES

CITA CONTROL EN UNA SEMANA

RESULTADOS :

Jorge Luis Rios Suarez

JORGE LUIS RIOS SUAREZ
Reg. 473012

CLINICA MARCARIBE
COLSALUD S.A.
CONSULTA EXTERNA

4.340

FUNDACIÓN FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

foto

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Maria Jose Silano Castro			CC	1.123 403 635	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
19 10 2005	Dibulla		La Guajira	Dibulla	

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
20	Hombre		DUSAKAWI	-Miopia severa -Retraso Mental	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		

Dirección de vivienda:	Calle 6 # 10-34			
Barrio / Vereda	20 de Enero			
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Desplazada
Pertenencia étnica:	SÍ ✓	NO	¿Cuál?	Afro colombiana
Género	**Femenino** ✓			
	Masculino			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Sixta Castro Ayala	CC ✓	CE	PP	26 969 660

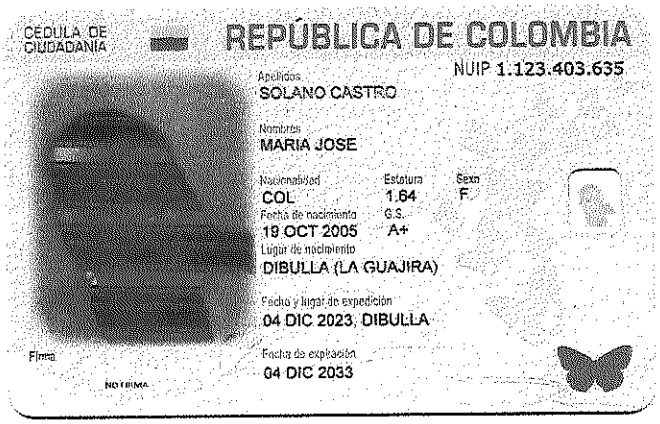
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)	Dirección
madre	Madre	Calle 6

Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico
314 537 26 30	

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*

4-34


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.403.635

Apellidos
SOLANO CASTRO

Nombres
MARIA JOSE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
F

Fecha de nacimiento
19 OCT 2005

G.S.
A+

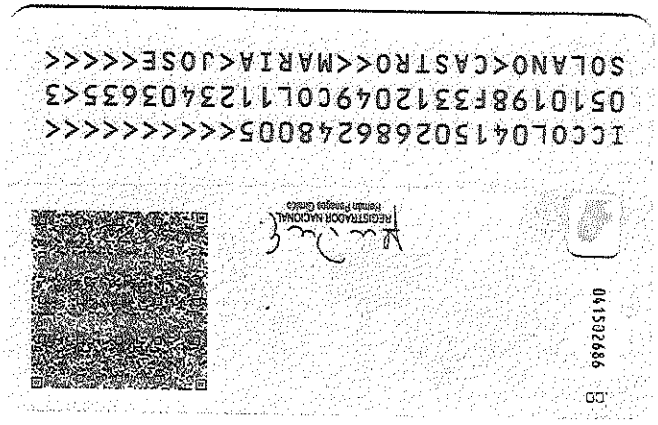
Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
04 DIC 2023, DIBULLA

Firma

NO FIRMA

Fecha de expiración
04 DIC 2033


I<COL041502686248005<<<<<<<<<<<
0510198F3312049COL1123403635<3
SOLANO<<CASTRO<<MARIA<JOSE<<<<<

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos García

0415026866

4.342

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	JOSE	SOLANO	CASTRO
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: 1123403635

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
2025	5	26

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	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	62.50
Movilidad	35.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b140.2 b163.2 b770.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s199.288 s7502.262

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d879.3 d910.3

41.344

E.S.E.
Santa Teresa de Jesús de Avila
HOSPITAL
Nit. 825001037-1 TEL.: 7200084 - FAX: 7200083 DIBULLA - LA GUAJIRA

INTERCONSULTA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO(O DE CASADA)	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA
SOLANO	CASTRO	TATIANA	

EDAD			SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	Nº DE CAMA
Años	Meses	Días	H ○ M ●	C EXTERNA		
20						

B - SOLICITUD

FECHA				Servicio Consultante:
08	09	16		Oftalmología
DIA	MES	AÑO	HORA	

Motivo de Interconsulta y Resumen Clínico: "No puedo ver de lejos"

Pcte Fem Que presenta cefalea generalizada
2rio a problemas de vision.
TA: 120/80 Fc: 80x' Fr: 20x' T: 37°
Consciente. Orientada. Afebril
CCC: Normocefalo. AV: OD: 20/10 OI: 120/10
Pcte Que presenta Dificultad para distinguir objetos
y letras de lejos.

10x (1) Miopia

Se considera Valoracion y manejo especializado

Firma y Código del Profesional Consultante

4.347

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.969.660
CASTRO AYALA

APELLIDOS
SIXTA

NOMBRES

Sixta Castro

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1961
CHIMICHAGUA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

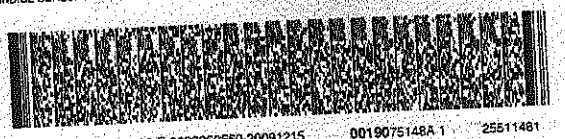
1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

28-MAY-1997 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO





A-4800500-00203380-F-0026969660-20091215 0019075148A 1 25511481



Calle 9 #9-26 Mingueo

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Maricela Sara Coneo			CC	26.976.961	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
28-9-1981	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
44	Hombre		Caja copi scb	~~Anquilosis de codo~~ - 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		Maicao	
Dirección de vivienda:		Calle 4 # 9-26			
Barrio / Vereda		7 de Junio			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Forzado
Pertenencia étnica:		SÍ ✓	NO	¿Cuál?	Afrocolombiana
Género		Femenino ✓			
		Masculino			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:		Número:
Sugeidis Sara		CC ✓	CE PP	1.123.403.534
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hermana	Hermana			Calle 4 # 9
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico		
3125258046-				

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 **26.976.961**

SARA CORREA
APELLIDOS

MARISELA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-1981**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

19-NOV-2003 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENCIFO LOPEZ

P-4800500-68123124-F-0026976961-20040316 02411 04076O 03 101238686

Documento Responsable.

4.353

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Marshall Danith Campo Pino			R.C	1.240.289.541	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
15/10/2019	Barranquilla		Atlantico	Barranquilla	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
6	Hombre		Mutualser	-Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje -otros trastornos de la conducta.	DD/MM/AAAA
	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:		Al frente del Centro de Salud		
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:
Yiseth Maria Pino Barraza	CC X	CE	PP	1.006.855.739
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Madre	Madre			San Martin
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3226366530				

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*

4-354

Adhesivo Copia Registro Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2152204

NUIP 1.240.289.541

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CAMPO PINO MARSHALL DANITH

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2019 Mes OCT Día 15 | FEMENINO | A +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras) | Indicativo serial
Año 2019 Mes OCT Día 17 | 0080171360

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PINO BARRAZA YISETH MARIA

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.065.656.739 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CAMPO BARRETO EDINSON ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.043.551.274 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CAMPO BARRETO EDINSON ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.043.551.274

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio | Código
COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA | 4 0

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2019 Mes OCT Día 23

Nombre y firma del funcionario
FERNANDO ATENCIA CATARO
Registrador del Estado Civil

4.355

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
MARSHALL	DANITH	CAMPO	PINO

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: 1240289541

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	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

b1449.2 b1671.2 b1678.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s398.328

3. Codigos Actividades y Participación

d133.4 d335.3 d815.2

4.356

NO	J328	OTRAS SINUSITIS CRONICAS
Tipo diagnóstico principal:	CONFIRMADO REPETIDO	
Finalidad de consulta:	TRATAMIENTO	
Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL	

ORDENAMIENTO

Código	Nombre	Cantidad	Nota	Tipo
890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	1		CONSULTA
890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	1	EN 1 MES	CONSULTA
890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA	1		CONSULTA
937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD	1	3 VECES POR SEMANA POR 3 MESES	SERVICIOS
944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA	1	3 VECES POR SEMANA POR 3 MESES	SERVICIOS
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	1	3 VECES POR SEMANA POR 3 MESES	SERVICIOS

MEDICAMENTO

Código	Nombre	Dosificación	Cantidad	Días TTO
471206	OXCARBAZEPINA 300mg/5ml SUSPENSION ORAL	DAR 6 CC CADA 8 HRS	6	30
491394	CLOBAZAM 10mg/1U TABLETA	INICIAR CON 5 MG NOCHE OSEA MEDIA TABLETA POR 5 NCOHES Y LUEGO DAR 1 TABLETA COMPLETA EN LA NOCHE	30	30
471206	OXCARBAZEPINA 300mg/5ml SUSPENSION ORAL	DAR 6 CC CADA 8 HRS	6	30
491394	CLOBAZAM 10mg/1U TABLETA	INICIAR CON 5 MG NOCHE OSEA MEDIA TABLETA POR 5 NCOHES Y LUEGO DAR 1 TABLETA COMPLETA EN LA NOCHE	30	30
P-F	Fecha Inicio: 14-06-2025	Fecha Fin: 14-08-2025	Número de meses:0	

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre: MARSHALL DANITH CAMPO PINO		Identificación: RC 1240289541	Fecha nacimiento: 15/10/2019
Dirección: CRA 8A # 74 79	Teléfono: 3023436876	Celular: 3023436876	Correo:
Edad: 5	Sexo: F	Estado Civil: CASADO	Ocupación: NO REFIERE
Lugar de Residencia: BARRANQUILLA		Etnia: NEGRO(A), MULATO(A), AFROCOLOMBIANO(A) O AFRODECENDIENTE	

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
BELISARIO FABREGAS MENDOZA	5214	CIRUGIA INFANTIL O PEDIATRICA
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
26/06/2025 15:13:48	26/06/2025 15:19:07	26-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS MACARENA		

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Nombre Responsable:	GISELL PINO	Teléfono:	3018557104	Categoría:	

MOTIVO CONSULTA	
Motivo de consulta:	MASA EN CUELLO
Enfermedad actual:	REMITIDO CON POSIBLE QUISTE TIROGLOSO RNM DE CEREBRO.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Arritmias:	NO	
Autoinmunes:	NO	
Cáncer:	NO	
Enfermedad Cardiovascular:	NO	
Infarto de miocardio:	NO	
Insuficiencia cardiaca:	NO	
Emergencia hipertensiva:	NO	
Tromboembolismo pulmonar:	NO	
Síndrome aórtico:	NO	
Sincope:	NO	
Diabetes:	NO	
Hipoglicemia:	NO	
Hipertensión:	NO	
Internaciones:	NO	
Valvulopatías:	NO	
Infeccioso:	NO	
Trastornos Gastrointestinales:	NO	
Trastornos Hormonales:	NO	
Trastornos Neuronales:	NO	
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO	
Artritis Reumatoide:	NO	
Enfermedad de Visión:	NO	
Cataratas:	NO	
Desprendimiento de retina:	NO	
Glaucoma:	NO	
Retinopatía diabética:	NO	
Ojo seco:	NO	
Enfermedad cerebro vascular:	NO	
Evento trombótico:	NO	
Evento Embólico:	NO	

Evento Hemorrágico:	NO	
Enfermedad Vascular:	NO	
Obstrucciones Arteriales:	NO	
Aneurismas aórticos:	NO	
Enfermedad de Buerger:	NO	
Fenómeno de Raynaud:	NO	
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO	
Embolia Pulmonar:	NO	
Flebitis:	NO	
Enfermedad Renal:	NO	
Insuficiencia renal aguda:	NO	
Daño renal agudo:	NO	
Insuficiencia renal crónica:	NO	
Otros:	SI	CONVULSIONES EN ESTUDIO

ANTECEDENTES GINO-OBSTÉTRICOS

Ciclos Menstruales		FUM	
Método de Planificación			
Gravidez	0	Partos	0
Vaginales	0	Cesáreas	0
Nacidos Vivos	0	Nacidos Muertos	0
Ectópicos	0	FUP	
Gemelar	0		
Patologías Relacionadas con el Embarazo			
Otros	NO		
Observación			

ANTECEDENTES FAMILIARES

Hipertensión	SI	ABUELA PATERNA
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	NO	
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES

Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		

HÁBITOS NO SALUDABLES

Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Indice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		

EPOC:		
Artritis Reumatoide:	NO	
Enfermedad de Visión:	NO	
Cataratas:	NO	
Desprendimiento de retina:	NO	
Glaucoma:	NO	
Retinopatía diabética:	NO	
Ojo seco:	NO	
Enfermedad cerebro vascular:	NO	
Evento trombótico:	NO	
Evento Embólico:	NO	
Evento Hemorrágico:	NO	
Enfermedad Vascular:	NO	
Obstrucciones Arteriales:	NO	
Aneurismas aórticos:	NO	
Enfermedad de Buerger:	NO	
Fenómeno de Raynaud:	NO	
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO	
Embolia Pulmonar:	NO	
Flebitis:	NO	
Enfermedad Renal:	NO	
Insuficiencia renal aguda:	NO	
Daño renal agudo:	NO	
Insuficiencia renal crónica:	NO	
Otros:	NO	

ANTECEDENTES GINO-OBSTÉTRICOS			
Ciclos Menstruales		FUM	
Método de Planificación			
Gravidez	0	Partos	0
Vaginales	0	Cesáreas	0
Nacidos Vivos	0	Nacidos Muertos	0
Ectópicos	0	FUP	
Gemelar	0		
Patologías Relacionadas con el Embarazo			
Otros	NO		
Observación			

ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	NO	
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO

Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hipèrglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Indice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	MÚLTIPLE
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA			
Piel y faneras		Oído:	
Boca		Sistema Respiratorio	
Sistemas Genital/urinario		Sistema Endocrino	
Sistema Hematopoyético		Ojos	
Nariz		Sistema Cardiovascular	
Sistema Gastro Intestinal		Sistema Músculo/esqueleto	
Sistemas Nervioso		Sistema Linfático	
EXAMEN FÍSICO			
T.A:	90 - 50	Frecuencia Cardiaca:	81
Frecuencia respiratoria:	20	Temperatura:	36.5
Peso (Kg):	31	Talla (cm):	1
IMC:	310000	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	51	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:		Cabeza:	
Cuello:		Ojos:	
Nariz:		Boca:	
Oídos:		Tórax:	
Abdomen:		Genito/Urinario:	
Músculo/Esquelético:		Neurológico:	ROT +++ ACATA ORDENES, ES INQUIETA. LENGUAJE NO CLARO. MARCHA NORMAL.
Vascular Periférico:			

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO

Análisis y Plan:

PACIENTE CON EPILEPSIA CON POCO CONTROL CON EEG ANORMAL POR PRESENCIA DE ACTIVIDAD ELECTRICA POR LO QUE SE INDICA CLOBAZAN 10 MG NOCHE INICIANDO CON 5 MG POR 5 DIAS Y AUMENTAR. ADEMAS SE INSISTE EN TERAPIAS INTEGRALES. SE EXPLICA A LA MADRE. PLAN:

1. PROGRAMA DE NEURODESARROLLO.
2. TERAPIA FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, OCUPACIONAL 3 VECES POR SEMANA POR 3 MESES.
3. CONTROL CON NEUROLOGIA INFANTIL EN 1 MES.
4. OXCARBAZEPINA 6 CC CADA 8 HRS (34 MG/KG/DIA).
5. CLOBAZAN 5MG NOCHE POR 5 NOCHES Y LUEGO 10 MG NOCHE
6. RECOMENDACIONES GENERALES.
7. SS PSIQUIATRIA. Y ORL.

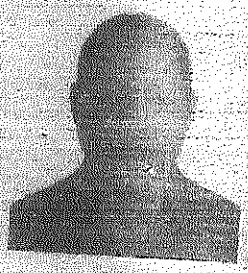
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
NO	F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO
NO	F918	OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.855.739
PINO BARRAZA

APELLIDOS
YISETH MARIA

NOMBRES
Yiseth Pino
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 27-DIC-1996
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

12-MAY-2016 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0305250-00841931-F-1006855739-20160803 0050564615G 2 44835534

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Martin Francisco Saban Gutierrez			CC	17.802.268	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
11/11/1949	Dibulla - C		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
75 Años	Hombre	✓	Caja Copi	Protesis en ojo izquierdo	DD/MM/AAAA
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
Visual - Fisica - Multiple			SÍ ✓	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ / NO		La Guajira		Hatonuevo	
Dirección de vivienda:		Calle 5 # 4-75 *Nombre de la vía principal, residencial, interior, torre y apartamento*			
Barrio / Vereda		San Martin			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	forzada
Pertenencia étnica:		SÍ ✓	NO	¿Cuál?	Wayuu
Género		Femenino			
		Masculino ✓			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Claudibeth Saban	CC ✓	CE	PP	40.931.402
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hija	Hija.			calle 5 # 4-75
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3168154980 - 3126398323	clauvirgo0912@hotmail.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?

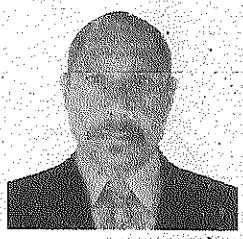
4.366

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.802.268**
SABAN GUTIERREZ

APELLIDOS
MARTIN FRANCISCO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1949**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

10-MAR-1971 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800500-00191588-M-0017802268-20091029 0017551619A 3 25616603

4.362

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
MARTIN	FRANCISCO	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: 17802268

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	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	8.33
Movilidad	15.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	46.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b229.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.1 d879.2 d920.3

4.369

ALAS PARA LA GENTE	FORMATO DE HISTORIA CLINICA OPTOMETRÍA	Página: 1 de 2
		Versión: 01
		Fecha:2023-04-10

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Martin Francisco Sabon								
TIPO DE DOCUMENTO	X	CE	TI	RC	NUMERO DE DOCUMENTO: 17802268			
FECHA DE NACIMIENTO:	11	Nov	49		EDAD:	ESTADO CIVIL:	SEXO:	
OCUPACIÓN: pescador					DIRECCIÓN DOMICILIO: San martin			
LOCALIDAD:					TELEFONO FIJO:		CELULAR:	
NOMBRE ACOMPAÑANTE:							CELULAR: 3126348325	
NOMBRE DE RESPONSABLE:							CELULAR:	
PARENTESCO DEL RESPONSABLE:								
ASEGURADORA: Cajacopi						TIPO DE VINCULACIÓN:		
FECHA: 25/10/25						HORA:		

SIGNOS Y SINTOMAS							
MALA VISION LEJOS		DOLOR		SALTO RENGLON			
MALA VISION CERCA	✓	HIPEREMIA		CANSANCIO VISUAL			
OJO ROJO		LAGRIMEO	✓	CASPA PARPADOS			
PRURITO OCULAR		ARDOR OCULAR	✓	NINGUNO			
OTRO		CUAL					
ANTECEDENTES PERSONALES Y/O FAMILIARES							
DIABETES	✓	HTA	✓	CARDIOVASCULARES		ARTRITIS	
TRAUMA OCULAR		CIRUGIA OCULAR		VICIOS DE REFRACCION		CEGUERA	
USA CORRECCION		OTROS		FARMACOS			

MOTIVO DE CONSULTA
Refiere visión borrosa de cerca. Protesis en OI evidenciando Conjuntivitis papilar.

AGUDEZA VISUAL S.C		AGUDEZA VISUAL C.C		LENSOMETRIA			
V.L	V.P	V.L	V.P	OD —	O.I —		
O.D 20/40.	O.D Titulo	O.D	O.D	TONOMETRIA			
O.I Protesis	O.I Protesis	O.I	O.I	OD —	O.I —		
A.O 20/25	A.O Titulo	A.O	A.O				

4.30

ALAS PARA LA GENTE	FORMATO DE HISTORIA CLINICA OPTOMETRÍA	Página: 2 de 2
		Versión: 01
		Fecha:2023-04-10

EXAMEN EXTERNO Y BIOMICROSCOPIA								
COVER TEST		6M	⊕		33 cm	⊕		
OFTALMOSCOPIA O.D				OFTALMOSCOPIA O.I	Papila			
QUERATOMETRIA O.D				QUERATOMETRIAO.I				
TEST DE COLOR				ESTEREOPSIS				
RETINOSCOPIA	O.D +050 -125 x 90°			AVVL 20/20			AVVP 075	
	O.I Neutro			AVVL —			AVVP —	
SUBJETIVO	O.D +050 - 125 x 90°			AV 20/20			ADD	
	O.I Neutro			AV —			ADD	
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	Astigmatismo hipermetrópico			CODIGO CIE 10	H52 H520 H524			
CONDUCTA:								
FORMULA FINAL	O.D	+050-125x90	ADD	+300	D.P	63/61	TIPO	
	O.I	Neutro	ADD		D.P			
MEDICAMENTOS	1. Sophtain Dx 10 gotas de la tarde 2 Alcohol polivinilico x 2 veces en el dia							
RAYOS X	SI		USO	Permanente				
	NO		CONTROL	1 año				

Ashly Gianella Barrera A.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL

CC 1013033354

Ashly Barrera A.
Optómetra FUAA
C.C. 1013033354
SELLO DEL PROFESIONAL

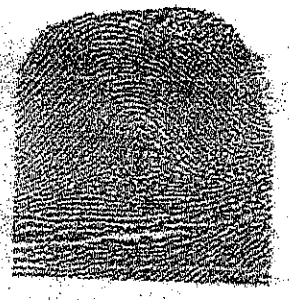
4.321



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
0931402

SABAS DEL PRADO

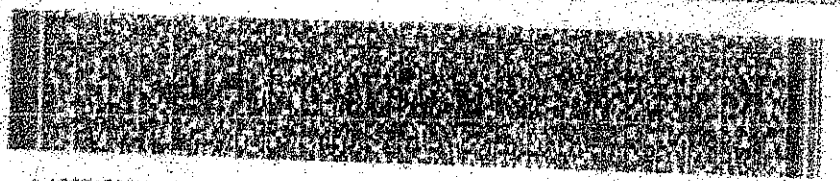
CLAUDIBET EDIT



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

INDICE DERECHO

REGISTRADORA NACIONAL



A-1500100-00107526-F-0040931402-20030205 0509600301A 03 1297560242

4.392

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Milenis Yulay SanMartin Monterrosa			CC.	1.123.405.537	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
09/01/1987	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
38	Hombre		Nueva EPS	Retraso Mental Grave: deterioro del Comportamiento	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			

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

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SI	NO	La Guajira	Hatonuevo
Dirección de vivienda:		CL 4 CRA 7 - 15	
Barrio / Vereda		7 de Junio	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SI ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazada
Pertenencia étnica:	SI	NO ✓	¿Cuál?
Género			Femenino ✓ / Masculino

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Ana Luisa Monterrosa Arias	CC ✓	CE	PP	40.822.149
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			CL 4 CRA 7-15
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3001823255				

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

4.323

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.405.537
SANMARTIN MONTERROSA

APELLIDOS
MILENIS YULAY

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1987

DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-ABR-2009 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4800500-00167650-F-1123405537-20090807 0014667186A 1 25512148

4324

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
MILENIS	YULAY	SANMARTIN	MONTERROSA

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: 1123405537

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	9	2

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	83.33
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	85.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	84.38
GLOBAL	84.62

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b167.4 b5253.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378 s3203.348 s7502.373

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d310.2 d879.4

4.325

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
CAROLINA GOMEZ COTES	Fisioterapia	CC-40847752

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *MILENIS YULAY SANMARTIN MONTERROSA* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Ana Luisa Monterrosa — 40522149
Nombre y Firma — Documento: CC-1123405537

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

MISALUD TORRENOVA

NIT: 900794134-1
COD. PRESTADOR: 440010095416
EMPRESA: IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

MISALUD
CENTRO MÉDICO INTEGRAL EN SALUD

HISTORIA CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA

Referencia: 916808

IDENTIFICACIÓN CC. 1123405537	**NOMBRES Y APELLIDOS** MILENIS YULAY SANMARTIN MONTERROSA	**FECHA NACIMIENTO** 09/01/1987	**EDAD** 38 AÑOS, 4 MESES, 18 DIAS
SEXO FEMENINO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA** NINGUNO DE LOS ANTERIORES	**GRUPO POBLACIONAL** POBLACION SISBENIZADA
NIVEL DE ESTUDIO NO DEFINIDO	**OCUPACION** Ama de casa	**DIRECCIÓN** MINGUEO CALLE 4 CR7 BARRIO 7 DE	**TELÉFONO** 3001823255
FINANCIADOR NUEVA EPS	**RÉGIMEN** SUBSIDIADO	**PRIMER INGRESO** 27/05/2025 01:48 PM	**ÚLTIMA ATENCIÓN** 27/05/2025 01:48 PM
MODALIDAD INTRAMURAL	**UBICACION**		

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

IDENTIFICACIÓN	**NOMBRES Y APELLIDOS** ANA MONTEROSA	**TELÉFONO**	**PERENTESCO** MADRE

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA

	MOTIVO DE CONSULTA
27/05/2025	CONTROL POR PSIQUIATRIA

ENFERMEDAD ACTUAL

	ENFERMEDAD ACTUAL
27/05/2025	ACUDE CON LA MADRE POR RETARDO MENTAL GRAVE CON AFECTACION DE LA CONDUCTA, DEPENDIENTE DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA , SE TORNA ANSIOSA Y GRITA, , IRIRTABLE , IMPULSIVA, CON CUADROS DE HETOAGRESIVIDAD QUE VIENE CONTROLADA CON EL TRATAMIENTO, REQUIERE PAÑAL DESECHABLE POR NO CONTROL DE ESFINTER, ESTA TRANQUILA CON EL TRATAMIENTO , LOGRA DORMIR BIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS CON LOS ALIMENTOS. APORTA EXAMENES CON HB 7.7 HTO 27, GLICEMIA, COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, GLICEMIA, CREATININA Y BUN DENTRO DE LO NORMAL.

ANTECEDENTES

PERSONALES - PATOLOGICOS

	Nueva area de texto
27/05/2025	YA ANOTADOS

HEREDO - FAMILIARES

	Nueva area de texto
27/05/2025	YA ANOTADOS

EXPLORACIÓN

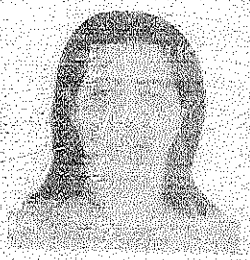
EXAMEN FISICO

4.327

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.822.149**
MONTERROSA ARIAS
APELLIDOS
ANA LUISA
NOMBRES

Ana Luisa Monterrosa
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-1962**
SAN ANTONIO(SIERRA NEVADA)
DIBULLA (LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-NOV-1985 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4800500-01076636-F-0040822149-20190524 0065533881A 1 9907966057



Calle 5 #4 Mingueo

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Monica Zabria Redondo			CC	57.428.381	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
09-4-1969	Santa Marta		Magdalena	Santa Marta	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
56	Hombre		Caja Copi Sub	-Hipertension -At	
	Mujer	✓			

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

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Hatonuevo
Dirección de vivienda:		Calle 5 #4	
Barrio / Vereda		San Martin	
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:
Sugeidis Saban	CC ✓	CE	PP	1.123403.534
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Cuñada	Cuñada			Calle 5 #4
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3125258046				

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		

4.380

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 ✓	Diario	
		Semanal	
Indique qué tipo de atención recibe:		Quincenal	Lugar donde le atienden en caso de emergencia
		Mensual	CSM

Ayudas técnicas				¿Toma algún medicamento, cuál?	Frecuencia	Dosis
¿La requiere para su comunicación, movilidad e independencia?		¿Cuenta con ella?				
SÍ ✓	NO.	SÍ ✓	NO			
Indique de que tipo:						
Silla de Ruedas						

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

REPRESENTANTE: x Sugeidys SAIA IDENFTIFICACION: x 1123403534.

COORDINADORA: MARIA MARGARITA ROMERO

4.384

IPSI SOLWAYUU

NIT: 900270453

COD. PRESTADOR: 440900071204

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

HISTORIA CLINICA DE GESTION DEL RIESGO

Referencia: 1070220

IDENTIFICACIÓN CC. 57428381	**NOMBRES Y APELLIDOS** ZUBIRIA REDONDO MONICA PATRICIA	**FECHA NACIMIENTO** 09/04/1969	**EDAD** 56 AÑOS, 1 MESES, 27 DIAS
SEXO FEMENINO	**ESTADO CIVIL** SOLTERO	**PERTENENCIA ETNICA** NINGUNO	**GRUPO POBLACIONAL** NINGUNO
NIVEL DE ESTUDIO BASICA PRIMARIA	**OCUPACION** Ama de casa	**DIRECCIÓN** CALLE 5 KRA 4 BARRIO SAN MARTIN	**TELÉFONO** 3145496210
FINANCIADOR CAJACOPI EPS	**RÉGIMEN** SUBSIDIADO	**FECHA DE ATENCION** 06/06/2025 01:47 PM	

ANAMNESIS

	MOTIVO DE CONSULTA
06/06/25	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL AL RITMO DE TU CORAZON

	ENFERMEDAD ACTUAL
06/06/25	PACIENTE FEMENINA DE 55 DE AÑOS DE EDAD HIPERTENSO REFIERE TENER MEDICAMENTO EN CASA **ENVIADO POR** MÉDICO DEL PROGRAMA IPSI SOLWAYUU LOSARTAN 100MG VO CADA 24 HORAS METOPROLOL SUCCINATO 25MG VO CADA 24 HORAS **ATORVASTA**TINA 40MG DIARIO 9PM ASA 100MG VO DIARIO ESOMEPRAZOL 20MG DIARIOS. REFIERE BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO **MEDICO Y A** LA DIETA, .REFIRIENDO QUE SE SIENTE BIEN DE SALUD PACIENTE NIEGA DOLOR TORAXICO, PALPITACIONES, DEBILIDAD GENERALIZADA, SINTOMATOLOGIAS RESPIRATORIAS, O CUALQUIER OTRA SINTOMATOLOGIA,. RECIBIO VALORACION POR MEDICINA INTERNA, ENFERMERIA, PSICOLOGIA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

ANTECEDENTES

TRATAMIENTOS PREVIOS

MEDICOS FAMILIARES

Hipertension	SI	Diabetes	NO	Enfermedad Mental	NO	Tabaquismo	NO
Alcoholismo	NO	Drogo dependencia	NO	Dislipidemia	NO	Cancer	NO
Cardiovascular	NO	Convulsiones	NO				

PERSONALES

Hipertension	SI	Diabetes	NO	Cardiopatia	NO	Tuberculosis	NO
Consumo de Alcohol	NO	Consumo de Tabaco	NO	Quirurgicos	NO	Cancer	NO

PSICOSOCIALES

Maltrato fisico o emocional	NO	Violacion o abuso sexual	NO	Desplazado	NO	Intento de suicidio	NO
Enfermedad Mental	NO	Adolescente trabajador	NO	Acepta su imagen corporal	SI		

Observaciones

Ninguna.

EVOLUCIÓN

DATOS DE INGRESO

Nuevo texto		TIPO DE DIAGNOSTICO		TIEMPO DE DIAGNOSTICO	
TIPO DX DIABETES		TIPO DE DIAGNOSTICO			

REVISIÓN POR SISTEMA

	Cefalea	Lipotimia	Vertigo	Tinitus	Sintomas visuales	Sudoracion	Epistaxis	Plapitaciones
06/06/25	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

	Precordialgia	Ortopnea	Disnea PX. NOC.
06/06/25	NO	NO	NO

	Disnea PE	Disnea ME	Disnea GE	Polidipsia	Polifagia	Poliuria	Hematuria	Disuria
06/06/25	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

	Edemas	Claudicacion	Lesion en pies	Dolor neurotico
06/06/25	NO	NO	NO	NO

	Examen glucometria
06/06/25	NO

EXÁMEN FISICO

	Peso (Kgs)	Talla (cms)	IMC	Tension Arterial	Pulso	Fecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Perimetro abdominal (cm)
06/06/25	58	160	22.656	120/80	80	80	20	83

INSPECCION FISICA

	Aspecto General
06/06/25	BUEN ESTADO GENERAL

	Cabeza y cuello
06/06/25	SIMETRICO.. SIN ADENOPATIAS . MOVIL

	Tórax y Cardiopulmonar
06/06/25	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. PULMONES CLAROS Y VENTILADOS

	Abdomen
06/06/25	SIN MASAS NI MEGALIAS PERISTALSIS POSITIVA

	Extremidades
06/06/25	SIN EDEMAS SIN TVP

	Genitourinario
06/06/25	SIN PATOLOGIA

	Neurológico
06/06/25	LUCIDA SIN DEFICIT

	Piel y Faneras
06/06/25	SIN PATOLOGIA

TEST DE FINDRISC

EVALUACION DEL RIESGO

	TASA DE FILTRACION GLOMERULAR	CLASIFICACION	ESTADIO
06/06/25	52.768	DISMINUCION MODERADA DE LA TFG	Estadio III

CLASIFICACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

	ESTADIO
06/06/25	Grado1- LEVE (PA SIASTOLICA 140 - 159 PADIASTOLICA 90 - 99)

DIAGNÓSTICO

Fecha	Diagnóstico	Tipo
06/06/2025	[Diagnóstico principal] I10X Hipertension esencial (primaria)	3 - CONFIRMADO REPETIDO

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
06/06/2025	PLAN: SE ENVIA A RUTA DE GESTION DEL RIESGO: PSICOLOGIA, NUTRICION, MEDICINA INTERNA. CITA DE CONTROL 3 MESES SEGUN PROGRAMA MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL DIARIAMENTE, ANOTARÉ LOS VALORES DE MI PRESIÓN ARTERIAL EN UN REGISTRO SEGUIR UN PLAN ALIMENTICIO SALUDABLE: PARA REDUCIR EL CONSUMO DE SODIO (SAL), LIMITAR CONSUMO DE SODIO A POR DÍA COMER MÁS VEGETALES Y FRUTAS, LA MITAD DEL PLATO CON VEGETALES Y FRUTAS. COMER BOCADILLOS QUE SEAN VEGETALES Y FRUTAS, NO PAPAS FRITAS O DULCES, COMPRAR VEGETALES PRELAVADOS, COMER MÁS VEGETALES DE HOJAS VERDE OSCURO, COMO ESPINACA, COL RIZADA Y BRÓCOLI, COMER MÁS PRODUCTOS INTEGRALES, COMER PAN, ARROZ O TORTILLAS INTEGRALES EN VEZ DE LOS REGULARES, PARA EL DESAYUNO, COMER AVENA O CEREALES FRÍOS CON UNO DE LOS CEREALES INTEGRALES ELEGIR PROTEÍNAS SALUDABLES PARA EL CORAZÓN, COMER PESCADO O MARISCOS 2 O 3 VECES A LA SEMANA, CUANDO COMA POLLO O PAVO, ESCOGER CARNE BLANCA SIN PIEL, CUANDO COMA CARNE ROJA, ELEGIR CORTES MAGROS Y PORCIONES MÁS PEQUEÑAS QUE UN MAZO DE CARTAS ELEGIR GRASAS SALUDABLES Y PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA, EVITAR LOS PRODUCTOS CON GRASAS TRANS, COMPRAR LECHE, QUESO Y YOGUR BAJOS EN GRASA, ELEGIRÉ ACEITE DE OLIVA, CANOLA O MANÍ LLEVAR UN REGISTRO DE MI PESO: LLEVAR UN REGISTRO DE MI PESO ACTUAL, LLEVAR UN REGISTRO DE MI PESO IDEAL, PESARSE TODOS LOS DÍAS, LLEVAR UN REGISTRO DEL PESO EN UN DIARIO AUMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA: CAMINAR DURANTE 30 MINUTOS EN EL VECINDARIO O EN UN CENTRO COMERCIAL, PARTICIPAR EN UNA CLASE DE EJERCICIOS EN UN GIMNASIO O CENTRO PARA PERSONAS MAYORES, REALIZAR TAREAS DEL HOGAR O TRABAJOS DE JARDINERÍA LIVIANOS, HACER UN EXAMEN DE FISIOTERAPIA, SI ES NECESARIO, REALIZAR UNA CAMINATA RÁPIDA, HACER EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR, CON PESAS LIVIANAS O SIN PESAS, NADAR O HACER EJERCICIOS ACUÁTICOS 30 MINUTOS DÍAS A LA SEMANA CONTROLAR EL ESTRÉS O DEJAR DE FUMAR: PARA REDUCIR EL ESTRÉS: CAMBIAR LAS EXPECTATIVAS APRENDER A DECIR QUE NO, PRACTICAR LA GRATITUD Y LA ALEGRÍA, PARA DEJAR DE FUMAR IDENTIFICAR UN PROGRAMA O EQUIPO DE APOYO, HABLAR CON MI MÉDICO SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ME AYUDARÁN A LOGRAR LAS METAS ESTAR ATENTO A LOS SÍNTOMAS: LLAMARÉ A MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CUANDO: MI PRESIÓN ARTERIAL ESTÉ POR ENCIMA DE 180/110 Y TENGA DOLOR, DE PECHO, FALTA DE ALIENTO O UN DOLOR DE CABEZA INTENSO REMISION: PACIENTE REFIERE TIENE MEDICAMENTO DE CONTROL, POR LO QUE NO ENTREGO FORMULA MEDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO S/S 902207 HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL - GESTION DEL RIESGO 903026 MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA - GESTION DEL RIESGO 903426 HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA - GESTION DEL RIESGO 903815 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] - GESTION DEL RIESGO 903816 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) SEMIAUTOMATIZADO - GESTION DEL RIESGO 903818 COLESTEROL TOTAL - GESTION DEL RIESGO 903841 GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - GESTION DEL RIESGO 903868 TRIGLICERIDOS - GESTION DEL RIESGO 903869 UREA - GESTION DEL RIESGO 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - GESTION DEL RIESGO 904913 HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA - GESTION DEL RIESGO 907106 UROANALISIS PARCIAL DE ORINA - GESTION DEL RIESGO S/S ECOGRAFIA RENAL Y DE VIAS URINARIAS S/S UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Fecha	Medicamento	Cantidad	Posología
06/06/2025	LOSARTÁN POTÁSICO TABLETA100 MG	90 Tableta	
06/06/2025	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) TAB 500 MG DE BASE	14 Tableta	
06/06/2025	ASCORBICO ACIDO TAB 500 MG	14 Tableta	
06/06/2025	CEFALEXINA TAB O CAP 500 MG	21 Tableta o capsula	

ORDEN DE EXÁMENES DE LABORATORIOS

Fecha	Exámen Laboratorio
06/06/2025	901235 UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO] - MORBILIDAD
06/06/2025	895100 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE - AL RITMO DE TU CORAZON
06/06/2025	902210 - HEMOGRAMA IV - AL RITMO DE TU CORAZON
06/06/2025	903026 MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA - AL RITMO DE TU CORAZON
06/06/2025	903815 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] - AL RITMO DE TU CORAZON
06/06/2025	903817 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO - AL RITMO DE TU CORAZON
06/06/2025	903818 COLESTEROL TOTAL - AL RITMO DE TU CORAZON
06/06/2025	903841 GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - AL RITMO DE TU CORAZON
06/06/2025	903868 TRIGLICERIDOS - AL RITMO DE TU CORAZON
06/06/2025	903876 CREATININA EN ORINA PARCIAL
06/06/2025	903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - AL RITMO DE CORAZON
06/06/2025	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: Yulibeth Daza Gonzalez Medico General R.M. 2931

PROFESIONALES QUE HAN PRESTADO LA ATENCIÓN EN EL SEGUIMIENTO

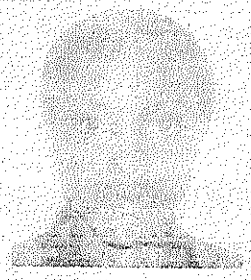
Fecha	Profesional de la Salud
06/06/2025	YULIBETH DAZA GONZALEZ C.C 56078264 R.M. 2931

4.389

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.403.534
SARA CORREA
APELLIDOS
SUGEIDYS MARIA
NOMBRES

Sugeidys Sarai
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1986
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-ENE-2006 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4800500-00854377-F-1123403534-20171115 0058470854A 1 9902162530

4.389

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.403.534
SARA CORREA
APELLIDOS
SUGEIDYS MARIA
NOMBRES

Sugeidis Sarria
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1986
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-ENE-2006 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4800500-00954377-F-1123403534-20171115 0058470854A 1 9902162530

4.390 ✓

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Nancy Esther Ochoa Martinez			CC.	1.123.413.254	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
29/07/1954	Dibulla		La guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
71	Hombre		Caja Copi	-Trastorno de conducta -Retardo del desarrollo	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Fisica - Intelectual - Psicosocial - Multiple	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La guajira	Hatonuevo
Dirección de vivienda:		Cl 4 # 3-64	
Barrio / Vereda		Soln Martin	
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO X ¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:		SÍ	NO X ¿Cuál?
Género			**Femenino** X **Masculino**

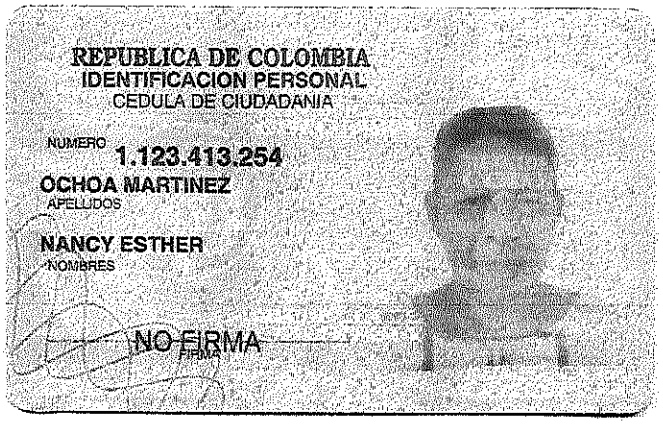
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Jorge Rafael ochoa	CC ✓	CE	PP	17.807.319
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Hermano	Cuidador			Cl 4 #3-64
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3135418982				

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*

4.391



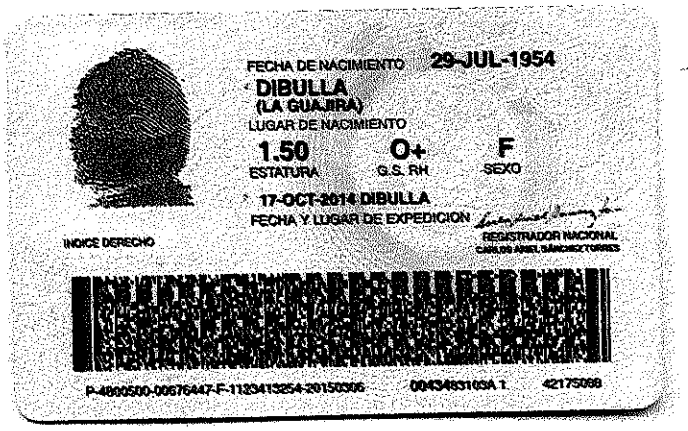
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.413.254

OCHOA MARTINEZ
APELLIDOS

NANCY ESTHER
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1954
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-OCT-2014 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-4800500-00676447-F-1123413254-20150306 0043483105A 1 42175098

4.392

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
NANCY	ESTHER	OCHOA	MARTINEZ

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: 1123413254

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	7	13

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	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	83.33
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	60.00
Participación	65.63
GLOBAL	65.03

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3 b1678.3 b799.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378 s410.278 s770.278

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.2 d4501.2 d879.3

4.393

cajacopi eps	FORMATO PARA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	Código: GPB-FR-01
		Versión: 01
	MANUAL DE MEDICINA LABORAL	Fecha: Julio 2019

Certificado De Discapacidad

Dando cumplimiento a la Constitución Política Art. 49, Articulo 5 de la Ley 361 de 1997 y la Circular 009 de 2017 de la Superintendencia de Salud.

Se encuentra Afiliado a CAJACOPI EPS el señor (a):

Apellidos y Nombres:	NANCY ESTHER OCHOA MARTINEZ		
Tipo de Documento de Identidad	CC	**No. de Documento de Identidad**	1123413254
Departamento	LA GUAJIRA		

Diagnóstico	Código CIE 10
TRASTORNO DE LA CONDUCTA	F919
RETARDO DEL DESARROLLO	R620
HIPERTENSION ARTERAIL PRIMARIA	I10X
EPILEPSIA	G409

Tipo de Discapacidad					
Física	Mental	Cognitiva	Auditiva	Visual	Múltiple
	X	X			

Datos de Quien Genera el Certificado	
Nombres y Apellidos del Profesional	EMILIA SOFIA MENDOZA CATAÑO
EMILIA SOFIA MENDOZA CATAÑO Especialista en Salud Ocupacional Resolución 0983 del 10 de agosto 2015 Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria Médica Maestría en Proyectos de Desarrollo Social Doctorado en Ciencias Mención Gerencia Firma – RM – TP - Lic.S.O.	Nanci Ochoa Firma del Usuario o su Apoderado
Lugar y Fecha de Expedición del Certificado	RIOHACHA, 16 PSEPTIEMBRE 2020

Este documento se entrega a la persona con discapacidad o cuidador y una copia reposará en la historia clínica del usuario

4.394

Mingueo, septiembre 07 de 2020

Señores
CAJACOPI EPS
Riohacha – La Guajira

Asunto: Solicitud certificación discapacidad.

Cordial saludo,

Yo, **NANCY ESTHER OCHOA MARTINEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1123413254 expedida en Dibulla – La Guajira, autorizo a mi hermano **JORGE RAFAEL OCHOA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 17807319 expedida en Riohacha – La Guajira, para que sea él quien realice todos los trámites pertinentes en aras de que se me expida una certificación que acredite mi discapacidad y grado de discapacidad, lo cual requiero con urgencia para el proceso de indemnización prioritaria a la que tengo derecho por ser víctima del conflicto armado y estar incluida en el Registro Único de Víctimas.

Agradezco su colaboración,



NANCY ESTHER OCHOA MARTINEZ
C.C. No. 1123413254 expedida en Dibulla – La Guajira

JORGE RAFAEL OCHOA
C.C. No. 17807319 expedida en Riohacha – La Guajira

4.397

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 17.807.319

OCHOA

APELLIDOS

JORGE RAFAEL

NOMBRES

Jorge R Ochoa

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1956

DIBULLA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-JUN-1977 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800100-00159643-M-0017807319-20090619 0012662655A 1 7840003420

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL

4.396



Calle 7 Bloco 4 enero - Mingued

4.399

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Nelson Enrique Lastre Perez			CC.	84.085.309	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
23/09/1975	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
50	Hombre	✓	Nueva EPS	-Trastorno de la memoria -Hipotension Arterial -Estrabismo - Segera	DD/MM/AAAA
	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	Mingueo		
Dirección de vivienda:		Cl 7			
Barrio / Vereda		20 de enero			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Desplazado	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO ✓	¿Cuál?	
Género				**Femenino**	
				Masculino ✓	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Nelson enrique Lastre Perez	CC X	CE	PP	84.085.309
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
				20 de enero
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3015228039				

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*

4_400

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **84.085.309**
LASTRE PEREZ

APELLIDOS
NELSON ENRIQUE

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1975**
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

01-ABR-1997 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00420561-M-0084085309-20130109 0032059506A 1 30579211

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
NELSON	ENRIQUE	LASTRE	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: 84085309

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	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	50.00
Movilidad	35.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	81.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.2 b229.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.328 s220.378

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d879.4 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.

BIENESTAR

RECORD CLINICO

HISTORIA CLINICA

nueva eps
gente cuidando gente

Datos de Identificación

Identificación	Sexo	Genero		Religión
CC-84085309	MASCULINO	MASCULINO		Catolica
Nombre	**Fecha Nacimiento**	**Edad**		**Discapacidad**
NELSON ENRIQUE LASTRE PEREZ	1975-09-23	47 Años		Sin Discapacidades
Etnia	**Estado Civil**	**Estrato**	**Fla. Accion**	**Escolaridad**
NINGUNA DE LAS ANTERIORES	UNION LIBRE	2	NO	NO DEFINIDO
Email	**Origen**	**Ambito Territorial**		**Ocupacion**
notiene@hotmil.com	DIBULLA	U		No Aplica
Dirección	**Residencia**	**Desplazado**		**Telefono**
KR 9 4 71	RIOHACHA	NO		3008685873 - 3012700446
Aseguradora Responsable	**Plan**	**Tipo Usuario**		
NUEVA EPS S.A	SUBSIDIADO	BENEFICIARIO		

Consultas (Inicio)

Consulta - # Interno: 7020285511

Profesional: LUIS MANUEL AVILA BARROS - Reg: 1288989 **Fecha I.:** 2023-02-18 09:48:00 **Fecha F.:** 2023-02-18 10:14:32

Especialidad: MEDICINA INTERNA **Sede:** UT CECAM RENACER RIOHACHA

Responsable
Nombre: MARLENES RODRIGUEZ Parentesco: Conyuge o Compañero(a) Telefono: 3012700446

Acompañante
Sin información registrada

Motivo de Consulta
CONTROL POR HIPERTENSION ARTERIAL

Enfermedad Actual
MASC 47 AÑOS ANTECEDENTES: TRAUMA CRANEO ENCEFALICO EN EL 2017 CON FRACTURA FRONTOTEMPORAL IZQUIERDA CON EXPOSICION DE MASA ENCEFALICA 2017 TRAS LO CUAL QUEDO TRASTORNO DE LA MEMORIA DOLORES DE CABEZA Y NO ESTA DURMIENDO BIEN. HACE 3 MESES FUE DX POR HIPERTENSION ARTERIAL TTO LOSARTAN 50 MG BID

Revisión de Síntomas por Sistema

Piel y anexos	Ojos	ORL	Cuello	Cardiovascular	Pulmonar
No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere
Digestivo	**Genital/urinario**	**Musculo/esqueleto**	**Neurológico**	**Otros**	
No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	

Examen Físico

Signos Vitales

PA Sis	PA Dia	Temp	FC	FR	Sat O2	Glucom	Peso(Kg)	Talla(cm)	IMC	Glasgow	FCF	Cirabd	Per.Cef	Perbra	FUM
120	80	37	78	18			66	162	25.15			91			

Condiciones generales
Normal

Cabeza
EVIDENCIA CICATRIZ AREA DE FRACTURA CRANEANA IZQUIERDA Y PTOSIS PALPEBRAL IZQ CON ESTRABISMO Y CEGUERA POR EL MISMO.

Ojos	Oidos	Nariz	Orofaringe	Cuello	Dorso
Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Mamas	**Cardiaco**	**Pulmonar**	**Abdomen**	**Genitales**	**Extremidades**
Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Neurológico	**Otros**				
Normal	Normal				

Resumen y Comentarios

MASC 47 AÑOS ANTECEDENTES: TRAUMA CRANEO ENCEFALICO EN EL 2017 CON FRACTURA FRONTOTEMPORAL IZQUIERDA CON EXPOSICION DE MASA ENCEFALICA Y PERDIDA DE VISION EN GLOBO OCULAR IZQ POR LESION NERVIO OPTICO TRAS LO CUAL QUEDO TRASTORNO DE LA MEMORIA DOLORES DE CABEZA ADEMAS NO ESTA DURMIENDO BIEN. HACE 3 MESES FUE DX POR HIPERTENSION ARTERIAL TTO: LOSARTAN HCTZ EN AM + LOSARTAN EN PM. REPORTE EKG 16 NOV 2023 HIPERTROFIA VENTRICULO IZQUIERDO CON TA 120/80 AL EXAMEN EVIDENCIA CICATRIZ AREA DE FRACTURA CRANEANA IZQUIERDA Y PTOSIS PALPEBRAL IZQ CON ESTRABISMO Y CEGUERA POR EL MISMO. PTE CON BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR INCAPACIDAD VISUAL POR OJO IZQUIERDO. CEFALEA POSTRAUMA TRASTORNO DEL SUEÑO Y DE LA MEMORIA POR TRAUMA Y PERDIDA MASA ENCEFALICA DESDE EL 2017. REFIERE CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS. SE LE INDICA ADHERENCIA A TTO MEDICO INDICADO DEBE ASISITIR A LAS CHARLAS GRUPALES CON MEDICINA INTERNA PROGRAMA P Y MANTENIMIENTO , NUTRICION Y PSICOLOGIA DEBE ESTAR PENDIENTE DE SIGNO DE ALARMA DISNEA ANGINA PLAN: HABITOS DE VIDA SALUDABLE + LOSARTAN HCTZ EN AM + LOSARTAN EN PM. SEGUIR PROGRAMA HTA + PREGABALINA 75 MG + NIMODIPINO 30 MG BID SEGUIR PROGRAMA P Y M HIPERTENSSION CITA CONTRO EN JULIO

Diagnostico

DX Ppal: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

FORMULA MEDICA

Sede: UT CECAM RENACER RIOHACHA **Fecha de Atención-18/02/2023**

Paciente: NELSON ENRIQUE LASTRE PEREZ
ID: 84085309
Contrato: SUBS-UT CECAM RENACER RIOHACHA
Plan: SUBSIDIADO
Semanas: 0
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO
Sede Afiliado: UT CECAM RENACER RIOHACHA
Rango: 1
Solicitada por: LUIS MANUEL AVILA BARROS
Dx: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Codigo	Medicamento / Presentación	Via	Dosificación	Dias	# Dosis	Cant Presen.	Indicaciones
25013	NIMODIPINA 30 mg (TABLETA O CAPSULA) TABLETA	ORAL	1 Tableta cada 12 Horas	30	60	60	UNA TAB CADA 12 HORA
603923	PREGABALINA 75MG (CAPSULA) - (H) CAPSULA	ORAL	1 Capsula cada 24 Horas	30	30	30	UNA TAB DIARIO EN LA NOCHE

Profesional: LUIS MANUEL AVILA BARROS - RM No. 1288989 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 18/02/2023 - Hora: 10:14 AM -

BIENESTAR E.S.E.

FORMULA MEDICA

nueva eps
gente cuidando gente

4-404

Sede: UT CECAM RENACER RIOHACHA **Fecha de Atención-18/02/2023**

Paciente: NELSON ENRIQUE LASTRE PEREZ ID: 84085309
Contrato: SUBS-UT CECAM RENACER RIOHACHA Plan: SUBSIDIADO Semanas: 0
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO Sede Afiliado: UT CECAM RENACER RIOHACHA Rango: 1
Solicitada por: LUIS MANUEL AVILA BARROS Dx: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Codigo	Medicamento / Presentación	Via	Dosificación	Dias	# Dosis	Cant Presen.	Indicaciones
25013	NIMODIPINA 30 mg (TABLETA O CAPSULA) TABLETA	ORAL	1 Tableta cada 12 Horas	30	60	60	UNA TAB CADA 12 HORA
603923	PREGABALINA 75MG (CAPSULA) - (H) CAPSULA	ORAL	1 Capsula cada 24 Horas	30	30	30	UNA TAB DIARIO EN LA NOCHE

Profesional: LUIS MANUEL AVILA BARROS - RM No. 1288989 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 18/02/2023 - Hora: 10:14 AM -

POSTFECHADO - Válida apartir del 2023-03-17

BIENESTAR E.P.S.

FORMULA MEDICA

nueva eps
gente cuidando gente

405

Sede: UT CECAM RENACER RIOHACHA **Fecha de Atención-18/02/2023**

Paciente: NELSON ENRIQUE LASTRE PEREZ
ID: 84085309
Contrato: SUBS-UT CECAM RENACER RIOHACHA
Plan: SUBSIDIADO
Semanas: 0
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO
Sede Afiliado: UT CECAM RENACER RIOHACHA
Rango: 1
Solicitada por: LUIS MANUEL AVILA BARROS
Dx: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Codigo	Medicamento / Presentación	Via	Dosificación	Dias	# Dosis	Cant Presen.	Indicaciones
25013	NIMODIPINA 30 mg (TABLETA O CAPSULA) TABLETA	ORAL	1 Tableta cada 12 Horas	30	60	60	UNA TAB CADA 12 HORA
603923	PREGABALINA 75MG (CAPSULA) - (H) CAPSULA	ORAL	1 Capsula cada 24 Horas	30	30	30	UNA TAB DIARIO EN LA NOCHE

Profesional: LUIS MANUEL AVILA BARROS - RM No. 1288989 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 18/02/2023 - Hora: 10:14 AM -

POSTFECHADO - Válida apartir del 2023-04-17

FORMULA MEDICA

4.406

Sede: UT CECAM RENACER RIOHACHA **Fecha de Atención-18/02/2023**

Paciente: NELSON ENRIQUE LASTRE PEREZ ID: 84085309
Contrato: SUBS-UT CECAM RENACER RIOHACHA Plan: SUBSIDIADO Semanas: 0
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO Sede Afiliado: UT CECAM RENACER RIOHACHA Rango: 1
Solicitada por: LUIS MANUEL AVILA BARROS Dx: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Codigo	Medicamento / Presentación	Via	Dosificación	Dias	# Dosis	Cant Presen.	Indicaciones
25013	NIMODIPINA 30 mg (TABLETA O CAPSULA) TABLETA	ORAL	1 Tableta cada 12 Horas	30	60	60	UNA TAB CADA 12 HORA
603923	PREGABALINA 75MG (CAPSULA) - (H) CAPSULA	ORAL	1 Capsula cada 24 Horas	30	30	30	UNA TAB DIARIO EN LA NOCHE

Profesional: LUIS MANUEL AVILA BARROS - RM No. 1288989 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresion - Fecha: 18/02/2023 - Hora: 10:14 AM -

POSTFECHADO - Válida apartir del 2023-05-17

BIENESTAR I.P.S.

FORMULA MEDICA

nueva eps
gente cuidando gente

1.402

Sede: UT CECAM RENACER RIOHACHA **Fecha de Atención-18/02/2023**

Paciente: NELSON ENRIQUE LASTRE PEREZ
ID: 84085309
Contrato: SUBS-UT CECAM RENACER RIOHACHA
Plan: SUBSIDIADO
Semanas: 0
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO
Sede Afiliado: UT CECAM RENACER RIOHACHA
Rango: 1
Solicitada por: LUIS MANUEL AVILA BARROS
Dx: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Codigo	Medicamento / Presentación	Via	Dosificación	Dias	# Dosis	Cant Presen.	Indicaciones
25013	NIMODIPINA 30 mg (TABLETA O CAPSULA) TABLETA	ORAL	1 Tableta cada 12 Horas	30	60	60	UNA TAB CADA 12 HORA
603923	PREGABALINA 75MG (CAPSULA) - (H) CAPSULA	ORAL	1 Capsula cada 24 Horas	30	30	30	UNA TAB DIARIO EN LA NOCHE

Profesional: LUIS MANUEL AVILA BARROS - RM No. 1288989 - Firmado Electrónicamente.

Datos de Impresión - Fecha: 18/02/2023 - Hora: 10:14 AM -

POSTFECHADO - Válida apartir del 2023-06-17

FORMULA MEDICA

nueva eps
gente cuidando gente

47.405

Sede: UT CECAM RENACER RIOHACHA **Fecha de Atención-18/02/2023**

Paciente: NELSON ENRIQUE LASTRE PEREZ | ID: 84085309
Contrato: SUBS-UT CECAM RENACER RIOHACHA | Plan: SUBSIDIADO | Semanas: 0
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO | Sede Afiliado: UT CECAM RENACER RIOHACHA | Rango: 1
Solicitada por: LUIS MANUEL AVILA BARROS | Dx: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Codigo	Medicamento / Presentación	Via	Dosificación	Dias	# Dosis	Cant Presen.	Indicaciones
25013	NIMODIPINA 30 mg (TABLETA O CAPSULA) TABLETA	ORAL	1 Tableta cada 12 Horas	30	60	60	UNA TAB CADA 12 HORA
603923	PREGABALINA 75MG (CAPSULA) - (H) CAPSULA	ORAL	1 Capsula cada 24 Horas	30	30	30	UNA TAB DIARIO EN LA NOCHE

Profesional: LUIS MANUEL AVILA BARROS - RM No. 1286989 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 18/02/2023 - Hora: 10:14 AM -

POSTFECHADO - Válida apartir del 2023-07-17

4. 409

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

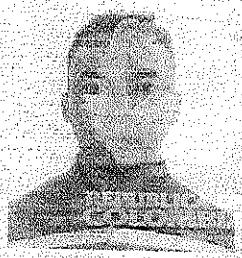
NUMERO **84.085.309**
LASTRE PEREZ

APELLIDOS
NELSON ENRIQUE

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1975**
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

01-ABR-1997 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00420561-M-0084085309-20130109 0032059506A 1 30579211

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD ✓

4.410

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Nhomis Yana Casiane Duran			CC	1.134.139.144	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
29-4-1971	Fundacion		Magdalena	Fundacion	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
54 año	Hombre		Caja Copr	- Artritis Reumatoide Severa de alto riesgo	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	Hatonuevo	
Dirección de vivienda:		Calle 6 #7-23		
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 Zeno
Género			Femenino ✓	
			Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Alba Yana Nonega Duran	CC ✓	CE	PP	Cc 1006.855.604
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Hija	Hija			Calle 6 #7-23
Telefono fijo / Celular	Correo electrónico			
3146336301	albanonega552@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

4-411


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.134.139.144
CASIANE DURAN
APELLIDOS
NINOMIS MARIA
NOMBRES
NO FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1971
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.25 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
03-MAY-2007 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-4800500-00196535-F-1134139144-20091113 0017978949A 1 9922173885

4.412

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
NIHOMIS	MARIA	CASIANE	DURAN

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: 1134139144

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	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	8.33
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	87.50
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	59.38
GLOBAL	60.03

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b449.3 b729.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s430.378 s770.378 s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.4 d570.3 d598.4

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
KATERINE MEDINA CORONEL	Medicina	CC-33104228
VANESSA GOLDA JOIRO HERNANDEZ	Fonoaudiología	CC-40984392

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *NIHOMIS MARIA CASIANE DURAN* manifiesto que: *SI*

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

1134139144

Nombre y Firma

Documento: CC-1134139144

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 d
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

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1134139144 -- NIHOMIS MARIA CASIANE DURAN

Empresa: CAJACOPI EPS S.A.S SUBSIDIADO **Afiliado:** NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 29/04/1971 **Edad actual :** 53 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 314 6336301 **Dirección:** CL 6 KR 7-21
Barrio: PALOMINO **Departamento:** LA GUAJIRA
Municipio: DIBULLA **Grupo Etnico:**
Etnia: NINGUNO DE LOS ANTERIORES **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Discapacidad: NINGUNA
Ocupacion: AMA DE CASA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 OINSAMED SAS **Edad :** 53 AÑOS

FOLIO 2 **FECHA** 03/04/2025 12:59:40 **TIPO DE ATENCIÓN** AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA
CONSULTA POR RESULTADOS

ENFERMEDAD ACTUAL
APORTA UROTAC EL CULA REPORTA CLACULO CORALIFORME DERECHO DE 31 MM CON FUNCION RENAL . ESTA EN ESTADO DE POSTRACION POR ARTRITIS REUMATOIDEA SEVERA DE ALTO RIESGO PARA SU OPERACION Y POR SU ANTOMIA Y PATOLOGIA DE BASE, SE LE EXPLICA QUE ES DE ALTO RIESGO SE REMITE CON PEREQUIERGICOS Y VALORACION POR MEDICINA INTERNA Y ANESTESIOLOGIA

ANÁLISIS
APORTA UROTAC EL CULA REPORTA CLACULO CORALIFORME DERECHO DE 31 MM CON FUNCION RENAL . ESTA EN ESTADO DE POSTRACION POR ARTRITIS REUMATOIDEA SEVERA DE ALTO RIESGO PARA SU OPERACION Y POR SU ANTOMIA Y PATOLOGIA DE BASE, SE LE EXPLICA QUE ES DE ALTO RIESGO SE REMITE CON PEREQUIERGICOS Y VALORACION POR MEDICINA INTERNA Y ANESTESIOLOGIA

PLAN Y MANEJO
APORTA UROTAC EL CULA REPORTA CLACULO CORALIFORME DERECHO DE 31 MM CON FUNCION RENAL . ESTA EN ESTADO DE POSTRACION POR ARTRITIS REUMATOIDEA SEVERA DE ALTO RIESGO PARA SU OPERACION Y POR SU ANTOMIA Y PATOLOGIA DE BASE, SE LE EXPLICA QUE ES DE ALTO RIESGO SE REMITE CON PEREQUIERGICOS Y VALORACION POR MEDICINA INTERNA Y ANESTESIOLOGIA PARA UNA POSIBLE NEFROLITOTOTMIA PERCUTANEA DERECHA

Evolución realizada por: JOSE DOMINGO MONSALVE TAPIAS-Fecha: 03/04/25 13:06:15

DIAGNÓSTICO N200 CALCULO DEL RINON Tipo PRINCIPAL

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción	
1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE : :	Pendiente

PREQX

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) ::|	Pendiente
1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] ::|	Pendiente
1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] ::|	Pendiente
1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITRO	Pendiente
1	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA ::|	Pendiente
1	NITROGENO UREICO ::|	Pendiente
1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS ::|	Pendiente

INTERCONSULTAS
INTERCONSULTA PORANESTESIOLOGIA Fecha de Orden: 03/04/2025 Ordenada

OBSERVACIONES
VALORACION PARA NLP DERECHO ALTO RIESGO POR ANATOMIA Y PATOLOGIA DE BAS

7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** 1001999575

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1134139144 -- NIHOMIS MARIA CASIANE DURAN

Empresa: CAJACOPI EPS S.A.S SUBSIDIADO **Afiliado:** NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 29/04/1971 **Edad actual :** 53 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 314 6336301 **Dirección:** CL 6 KR 7-21
Barrio: PALOMINO **Departamento:** LA GUAJIRA
Municipio: DIBULLA **Grupo Etnico:**
Etnia: NINGUNO DE LOS ANTERIORES **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Discapacidad: NINGUNA
Ocupacion: AMA DE CASA

RESULTADOS :
INTERCONSULTA PORMEDICINA INTERNA Fecha de Orden: 03/04/2025 Ordenada
OBSERVACIONES
VALORACION PRQX PARA NLP DERECHA ALTO RIESGO POR PATOLOGIA DE BASE Y ANATOMIA
RESULTADOS :
INTERCONSULTA POR UROLOGIA Fecha de Orden: 03/04/2025 Ordenada
OBSERVACIONES
CONTROL CON VOBO
RESULTADOS :

JOSE DOMINGO MONSALVE TAPIAS
Reg. 1716
UROLOGIA

CLINICA LA MISERICORDIA INTERNACIONAL

900465319

ORDENES MEDICAS AMBULATORIAS
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

FECHA ORD. MEDICA: 03/04/2025 12:59:40

Paciente: CC 1134139144 NIHOMIS MARIA CASIANE DURAN
Fecha de nacimiento: 29/04/1971 Edad: 53 AÑOS Sexo: F Folio: 2
Empresa: CAJACOPI EPS S.A.S SUBSIDIADO
Pabellon: TE CONSULTA EXTERNA Cama:
Diagnóstico: N200 CALCULO DEL RINON

Procedimiento	Descripción	Cant.
895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SÚPERFICIE :_:	1
Observación.	PREQX	

Médico: JOSE DOMINGO MONSALVE TAPIAS
C.C Nº 8692636
Reg. MD. 1716
UROLOGIA

CLINICA LA MISERICORDIA INTERNACIONAL

900465319

INTERCONSULTA AMBULATORIO

FECHA ORD. MEDICA: 03/04/2025 12:59:40

Paciente: CC 1134139144 NIHOMIS MARIA CASIANE DURAN Edad: 53 AÑOS

Empresa: CAJACOPI EPS S.A.S SUBSIDIADO

Pabellon: TE CONSULTA EXTERNA Cama:

DIAGNOSTICOS ACTUALES

Código	Descripción	Clase
N200	CALCULO DEL RINON	PRINCIPAL

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Código	Descripción	Prioridad
750	UROLOGIA	Convencional
OBSERV.	CONTROL CON VOBO	

Profesional

JOSE DOMINGO MONSALVE TAPIAS
Reg. Med. 1716
UROLOGIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.002.955.601

HERRERA DURAN

NOMBRES

ALBA MARIA

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-1900500-00377028-F-1002955601-20120523 8030020102A 2 34297E25

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

Foto

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Santiago Sanchez Guzman			RC	1.123.418.430	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
26-4-2020	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
5 años	Hombre	✓	Caja Copi	-Sindrome de Down -Incontinencia urinaria	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	Maicao	
Dirección de vivienda:		Cra 11 #1C-22		
Barrio / Vereda		Jesus Olivera		
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:
Yenis Paola Guzman Carmona	CC ✓	CE	PP	1.123412897
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Madre	Madre			Cra 11 #1C-22
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3156739816	guzmancarmonapaola@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*

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N . 2001947

NUIP 1.123.413.430

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

SANCHEZ GUZMAN SANTIAGO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	0	Mes	A	B	R	Día	2	8	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	0	Mes	J	U	L	Día	1	3	0050381830

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

GUZMAN CARMONA ZANIS PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.412.887	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

SANCHEZ ACOSTA CARLOS MARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.409.301	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

SANCHEZ ACOSTA CARLOS MARIO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.409.301

Espacio para notas

VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA LA GUAJIRA DIBULLA	4 9 8

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año					Mes				Día		
	2	0	2	0		J	U	L		1	3

Nombre y firma del funcionario

HAROLD WILSON PENALVER VANEGAS

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
26322324-9

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SANTIAGO		SANCHEZ	GUZMAN

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: 1123418430

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	26

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3 b399.3 b799.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378

3. Codigos Actividades y Participación

d131.2 d133.2 d315.2

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	Fonoaudiologia	CC-40984392 Vanessa Joir

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *SANTIAGO SANCHEZ GUZMAN* manifiesto que: *SI*

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

Yonis Guzman C
Nombre y Firma

1123412897
Documento: RC-1123418430

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 empleara 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.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 3114172501

Paciente	SANTIAGO SANCHEZ GUZMAN	**Tipo de Documento** RC	**Identificacion** RC 1123418430
Fecha Nac	30-04-2020	**Edad** 5 años 4	**Sexo:** M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono** 3156739816	
Escolaridad	No definido	**Ocupación**	
Ciudad	DIBULLA	**Zona** RURAL	
Direccion	MINGUEO		
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen** BENEFICIANTE	
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS / CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO); EVENTO		

FORMULACIONES

No.: 8625229 **Edad del paciente:** 5 años 4 meses y 3días **Fecha de la nota:** 2/09/2025 10:26:15 a. m.

FORMULACIONES

DESCRIPCIÓN

TERAPIA RESPIRATORIA CON BERODUAL SOLUCION
MEZCLAR 20 GTS DE BERODUAL + 3 CC DE SOLUCION AL 0.9% Y REALIZAR 1 TERAPIA CAD 8 HRWS X 7 DIAS

FEXOFENADINA SUSP ORAL 30MG/5ML ....#1
DAR 5 CC VIA ORAL CADA 12 HRS X 10 DIAS

OLOPATADINA 8MG. ML SPRAY NASAL 20 ML FRASCO # 1
REALIZAR UN SPRAY EN CADA FOSA NASAL CADA 12 HORAS POR 30 DIAS

OXCARBAZEPINA SUSPENSIÓN 60 mg/ml ...#6
DAR 4.5 CC V.O CADA 12 HRS X 3 MESES

PAÑALES WINNY DESECHABLE ETAPA 6 . . . .# 270 PAÑALES
COLOCAR 3 PAÑALES DIARIO X 3 MESES

Dx Ppal.: Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO
Dx Rel.1: G408 OTRAS EPILEPSIAS
Dx Rel.2: R32X INCONTINENCIA URINARIA NO ESPECIFICADA
Dx Rel.3: J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

DIDIER RAMIRO REY TIRADO
RM 1118834264
PEDIATRIA

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	SANTIAGO SANCHEZ GUZMAN	Tipo de Documento	RC	Identificacion	RC 1123418430
Fecha Nac	[illegible]	Edad	5 años 4	Sexo:	M
Etnia	[illegible]	Teléfono	3156739816		
Escolaridad	No definida	Ocupación	No se tiene Información		
Ciudad	OBSULA	Zona	RURAL		
Direccion	LINDUEO				
Estado civil	[illegible]	Régimen	BENEFICIANTE		
Aseguradora	[illegible]				

ORDEN DE SERVICIO

No.: 8525233 **Edad del paciente:** 5 años 4 meses y 3dias **Fecha de la nota:** 2/09/2025 10:26:48 a. 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 (890208) TERAPIA FISICA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES). #36 931001 TERAPIA OCUPACIONAL (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES). #36 938303 CITA CONTROL PEDIATRIA EN 3 MESES
Dx Ppal.:	Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO
Dx Rel.1:	G408 OTRAS EPILEPSIAS
Dx Rel.2:	R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
Dx Rel.3:	J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

DIDIER RAMIRO REY TIRADO
RM 1118834264
PEDIATRIA

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	[illegible]	Tipo de Documento	RC Identificacion RC 1123418430
Fecha Nac	[illegible]	Edad	[illegible] Sexo: M
Etnia	[illegible]	Teléfono	3136739516
Est.Conyugal	[illegible]	Ocupacion	No se tiene información
Cuenta	[illegible]	Zona	RURAL
Dirección	[illegible]		
Acompañante	[illegible]	Regimen	SUBSIDIADO
Aseguradora	[illegible]		

TRAUMÁTICOS

N.

VENÉREOS

NO

QUIRÚRGICOS

N.

TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS

NO

CIRUG [illegible] N.A

Antecedentes Familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES NO

Examen Físico

CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
1	1	1
F. CARDIACA (Lat/Min)	F. RESPIRATORIA (Res/Min)	TEMPERATURA. (°C)
1	1	1

Clasificacion antropométrica (IMC)	I.M.C	PESO (kg)	TALLA (Cms)
[illegible]	1.00	1	1

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	SANTIAGO SANCHEZ GUZMAN	Tipo de Documento	RC Identificacion RC 1123418430
Fecha Nac	[illegible]	Edad	5 años 4 Sexo: M
Estrato	[illegible]	Teléfono	3156739819
Especialidad	[illegible]	Ocupación	No se tiene Información
Ciudad	[illegible]	Zona	RURAL
Direccion	[illegible]		
Estado civil	Soltero(a)	Régimen	BENEFICIANTE
Asegurador	CAJACOPI EPS S.A. COLOMBIA EPS SAS SUBSIDIADO EVENTO		

HISTORIA CLÍNICA DE PRIMERA VEZ MED. ESPECIALIZADA

No.: 8525164 Edad del paciente: 5 años 4 meses y 3dias Fecha de la nota: 2/09/2025 10:15:20 a. m.

Datos Personales

OCUPACIÓN	ZONA
Otros	Urbana

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL: SE TRATA DE PREESCOLAR DE SEXO MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU PROGENITORA LA CUAL MANIFIESTA QUE LO TRAE A CONSULTA MEDICA DE CONTROL POR PEDIATRIA POR PATOLOGIA CRONICA SX DE DOWN, EPILEPSIA. PARA HOY REFIERE CUADRO DE 7 DIAS DE EVOLUCION DADO POR TOS HUMEDA, NO EMETIZANTE, RINORREA VERDOSA, DE MODERADA CANTIDAD CON OBSTRUCCION NASAL, SIN FIEBRE, PARA LO CUAL AUTOMEDICA FEXOFENADINA, AMOXICILINA Y ACETMINOFEN .

NO CUMPLIÓ TERAPIA INTEGRAL, SIN NUEVO EVENTO CONVULSIVO ALIMENTACION DIETA FAMILIAR, SUEÑO NOCTURNO INTRANQUILO, DIURESIS Y EVACUACIONES SIN ALTERACION

FARMACOLOGICO. OXCARBAZEPINA 4.5 CC VIA ORAL CAD 12 HRS
PATOLOGICO SX DE DOWN (STC GENETICA) EPILEPSIA.
ALERGICOS NIEGA
QUIRURGICOS NIEGA
HOSPITALARIOS NIEGA
INMUNIZACIONES COMPLETAS APORTA CARNET
ANT. FAMILIARES NIEGA HTA, DM , CANCER

Antecedentes Personales

ASMA	HIP. ARTERIAL
NO	NO
DIABETES	HEPATITIS
NO	NO
F. REUMATICA	TÓXICOS
NO	NO

CARDIOPATÍA	GASTROPATÍA	NEOFROPATÍA
NO	NO	NO

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS. 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	SANTIAGO SANCHEZ GUZMAN	Tipo de Documento	RC Identificacion RC 1123418430
Fecha Nac	[illegible]	Edad	5 años 4 Sexo: M
Etnia	[illegible]	Teléfono	3156739816
Escolaridad	No definido	Ocupación	No se tiene Información
Ciudad	DIBULLA	Zona	RURAL
Direccion	MONGUEO		
Estado civil	[illegible]	Régimen	BENEFICIANTE
Asegurador	[illegible]		

CABEZA

PESO: 21.4 KG
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLES.
MICROCEFALO, FASCIE DOWN, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE MACROGLOSIA. FOSAS NASALES PERMEABLES CON SECRECIONES. CUELLO: MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR.
TÓRAX: SIMÉTRICO, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, SIN TIRAJES A LA INSPECCIÓN
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION; PUÑO PERCUSION BILATERAL NEGATIVA. 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
SNC CON DEFICIT INTEGRAL SECUNDARIO A PATOLOGIA

OJOS

NORMAL

CUELLO

NORMAL

ABDOMEN

NORMAL

EXTREMIDADES

NORMAL

PIEL

NORMAL

OTROS HALLAZGOS NORMAL

OTORRINO

NORMAL

CARDIOPULMONAR

NORMAL

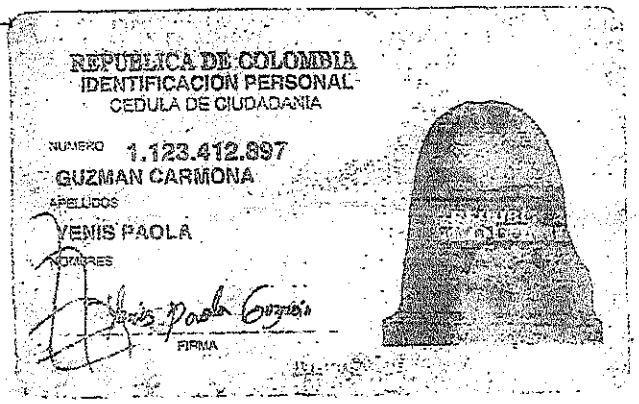
GENITOURINARIO

NORMAL

S.N.C

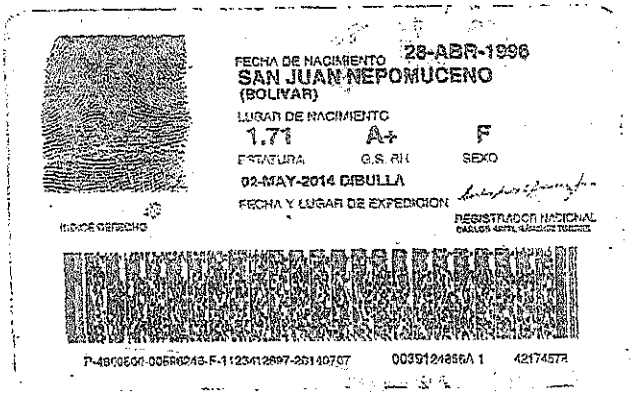
NORMAL

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.412.897
GUZMAN CARMONA
APELLIDOS
YEMIS PAOLA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1996
SAN JUAN NEPOMUCENO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-MAY-2014 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-4800500-00586243-F-1123412897-20140707 0039124855A 1 42174573

4.401

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Sara Sereny S IPuana EPiayu			T.I	1.083.570.876	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
08/03/2012	Cienega		Magdalena	Cienega	Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
13	Hombre		Dusakawi	-paralisis cerebral espastica -Hidrocefalia	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	Mingueo – WeiPaPa
Dirección de vivienda:			
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:
Mercenna EPiayu EPiayu	CC ✓	CE	PP	1.010.078.518
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Madre	Madre			WeiPaPa
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3113529547				

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*

4.402

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.083.570.876
IPUANA EPIEYU

APELLIDOS
SARA SERENYS

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-2012
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
08-MAR-2030
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
15-MAR-2021 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE IZQUIERDO

P-4800100-01254628-F-1083570876-20210910 0075574926A 4 53291539

4.403

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SARA	SERENYS	IPUANA	EPIEYU

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: 1083570876

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	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		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	75.00
GLOBAL	60.83

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b125.2 b139.2 b399.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.378 s199.378 s398.278

3. Codigos Actividades y Participación

d310.3 d350.3 d510.3

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
KEINNYS DAYANA AMAYA GARCIA	Fisioterapia	CC-1118841807 Keinnys AG
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, *SARA SERENYS IPUANA EPIEYU* manifiesto que: *SI*

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

mercedes Epieyu Epieyu — 1010078518

Nombre y Firma — Documento: RC-1083570876

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

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

CERIN CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION INTEGRAL SEDE MINGUEO

NIT: 900794134-1
COD. PRESTADOR: 440900095405
EMPRESA: IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

HISTORÍA CLÍNICA DE PEDIATRIA

Referencia: 1057532

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD
TI. 1083570876	SARA SERENYS IPUANA EPIEYU	08/03/2012	13 AÑOS, 4 MESES, 23 DIAS
SEXO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA**	**GRUPO POBLACIONAL**
FEMENINO		INDIGENA	POBLACION EN CONDICION DE
NIVEL DE ESTUDIO	**OCUPACION**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
NO DEFINIDO	NO TENGO INFORMACION	comunidad WEPIAPAA # 1 VIA	3113529547
FINANCIADOR	**RÉGIMEN**	**PRIMER INGRESO**	**ÚLTIMA ATENCIÓN**
DUSAKAWI EPSI	SUBSIDIADO	31/07/2025 07:42 AM	31/07/2025 07:42 AM
MODALIDAD	**UBICACION**		
INTRAMURAL			

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	PERENTESCO
1010078518	MERCERINA EPIEYU	3113529547	MADRE

ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

ADOLESCENTE FEMENINA DE 13 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE MICROCEFALIA -RETRASO PSICOMOTOR - DESNUTRICION CRONICA POR PATOLOGIA DE BASE. EN MANEJO MULTIDISCIPLINARIO. DESDE HACE 2 DIAS PRESENTA ALZAS TERMICAS ASOCIADO A DEPOSICIONES LIQUIDAS SIN MOCO SIN SANGRE 4-5 POR DIA ADEMAS TOS HUMEDA Y RINOOREA.
. PERCENTILES T/E -6.56 DE IMC/E - 2.78 DE RETRASO EN TALLA - DELGADEZ PTE QUIEN AMERITA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO NO TIENE CONTROL DE ESFINTERES REQUIERE EL USO DE PAÑALES PERMANENTE PARA GARANTIZAR SU CUIDADO Y MANTENER CALIDAD DE VIDA. ESCALA GMFCS NIVEL III

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

ANTECEDENTES

HEREDO FAMILIARES

PERSONALES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES PATOLOGICOS MICROCEFALIA - DNT CRONICA RECIBE SUPLEMENTO NUTRICIONAL CON FORTINI MEGALON.
FARMACOLOGICOS: HIDROXIDO DE ALUMINIO RECIBE TERAPIAS INTEGRALES EN CENTRO

PERSONALES NO PATOLOGICOS

3113529475

REVISION POR SISTEMAS

EXÁMEN FÍSICO

4.406

SIGNOS VITALES

TENSIÓN ARTERIAL	90/50	FREC. CARDÍACA	90	FREC. RESPIRATORIA	20
PULSO	90	PESO (Kgs)	17.6	TALLA (cms)	112
IMC	14.031	Perímetro Cefálico	46		

INSPECCIÓN FÍSICA

Tórax	TORAX NORMAL, SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONETICOS SIN SOPLOS, PULMONES MURMULLO VESICULAR AUDIBLE SIN AGREGADOS
Cabeza y cuello	MICROCEFALIA
Aspecto General	REGULARES CONDICIONES NUTRICIONALES
Genitourinario	NO EXPLORADO
Extremidades	EUTROFICAS, NO EDEMAS, PULSOS PRESENTES
Abdomen	GLOBOSO HEPATOMEGALIA
Neurológico	SECUELAS NEUROLOGICAS POR PATOLOGIA DE BASE

DIAGNÓSTICOS

Fecha	Diagnóstico	Tipo
31/07/2025	[Diagnóstico principal] G800.Parálisis cerebral espastica cuadriplejica [Diagnóstico relacionado 1] Q02X.Microcefalia [Diagnóstico relacionado 2] K593.Megacolon, no clasificado en otra parte [Diagnóstico relacionado 3] R32X.Incontinencia urinaria, no especificada	1 - IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
31/07/2025	ADOLESCENTE FEMENINA DE 13 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE MICROCEFALIA -RETRASO PSICOMOTOR - DESNUTRICION CRONICA POR PATOLOGIA DE BASE. EN MANEJO MULTIDISCIPLINARIO. DESDE HACE 2 DIAS PRESENTA ALZAS TERMICAS ASOCIADO A DEPOSICIONES LIQUIDAS SIN MOCO SIN SANGRE 4-5 POR DIA ADEMAS TOS HUMEDA Y RINOOREA. . PERCENTILES T/E -6.58 DE IMC/E - 2.78 DE RETRASO EN TALLA - DELGADEZ PTE QUIEN AMERITA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO NO TIENE CONTROL DE ESFINTERES REQUIERE EL USO DE PAÑALES PERMANENTE PARA GARANTIZAR SU CUIDADO Y MANTENER CALIDAD DE VIDA. ESCALA GMFCS NIVEL III TIENE ANTECEDENTES TAMBIEN DE MEGACOLON SE RENUEVA INTERCONSULTA POR GASTROPEDIATRIA PLAN SS VALORACION POR GASTROPEDIATRIA PAÑALES WIINY ETAPA 5 # 270 PAÑALES PARA 3 MESES SULFATO DE ZINC POR 14 DIAS SALES DE REHIDRATACION LORATADINA CITA EN 3 MESES

PLAN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Fecha	Medicamento	Cantidad	Posología
31/07/2025	LORATADINA FCO 1MG ML 0.1%	1 FRASCO	
31/07/2025	SULFATO DE ZINC 2MG DL SOLUCION ORAL 120ML	2 FRASCO	
31/07/2025	SALES DE REHIDRATACION ORAL. FORMULA OMS SOBRE FORMULA OMS	4 SOBRE	

PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA ATENCION	MARIO JOS ESTRADA FRAGOZO	C.C.1118804326	R.M. :	1118804326	FIRMA

CERIN CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION INTEGRAL
SEDE MINGUEO

NIT: 900794134-1
EMPRESA : IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A
DIRECCION: CALLE 3 N 4-63 MINGUEO - TELÉFONOS: 6053229086

4.400

FÓRMULA MÉDICA

Fecha de Impresion del documento: 31/07/2025 10:04

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
TI. 1083570876	SARA SERENYS IPUANA EPIEYU	13 AÑOS, 4 MESES, 23 DIAS	FEMENINO	3113529547	comunidad WEPIAPAA
ESPECIALIDAD	**ESPECIALISTA DE LA SALUD**	**CONVENIO**	**REGIMEN**	**No. DE ORDEN**	**LUGAR Y FECHA**
PEDIATRIA	MARIO JOS ESTRADA FRAGOZO	2025_DUSAKAWI_ESPECIALIDADES_BASICA_DIBULLA_SUBSIDIADO	SUBSIDIADO	430702	DIBULLA : 31/07/2025
				TIPO DE AFILIADO	**RANGO SALARIAL**
				BENEFICIARIO	NO REGISTRADO

PATOLOGIA
G800 - Paralisis cerebral espastica cuadriplejica Q02X - Microcefalia K593 - Megacolon, no clasificado en otra parte R32X - Incontinencia urinaria, no especificada

HISTORIA DE LA CONSULTA: **HISTORIA CLÍNICA DE PEDIATRIA**

PAÑALES WINNY ETAPA 5 # 270 PAÑALES

USO: 3 PAÑALES POR DIA DURANTE 3 MESES

MARIO JOS ESTRADA FRAGOZO R. M. : 1118804326
FIRMA ESPECIALISTA DE PEDIATRIA

SARA SERENYS IPUANA EPIEYU
FIRMA DEL PACIENTE

Validez de la Orden: 30 Dias **Desde: 31/07/2025 Hasta: 30/08/2025**

IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A
NIT: 900794134-1
SEDE : CERIN CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y
DIRECCIÓN: CALLE 3 N 4-63 MINGUEO - TELÉFONOS: 6053229086

FÓRMULA MÉDICA

Fecha de Impresion del documento: 31/07/2025 10:04

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
TI. 1083570876	SARA SERENYS IPUANA EPIEYU	13 AÑOS, 4 MESES, 23 DIAS	FEMENINO	3113529547	comunidad WEPIAPAA
ECIALIDAD	ESPECIALISTA DE LA SALUD	CONVENIO	REGIMEN	No. DE ORDEN	LUGAR Y FECHA
IATRIA	MARIO JOS ESTRADA FRAGOZO	2025_DUSAKAWI_ESPECIALIDADES_BASICA_DIBULLA_SUBSIDIADO	SUBSIDIADO	430702	DIBULLA : 31/07/2025
				TIPO DE AFILIADO	RANGO SALARIAL
				BENEFICIARIO	NO REGISTRADO

PATOLOGIA
G800 - Paralisis cerebral espastica cuadriplejica Q02X - Microcefalia K593 - Megacolon, no clasificado en otra parte R32X - Incontinencia urinaria, no especificada

HISTORIA DE LA CONSULTA: HISTORIA CLÍNICA DE PEDIATRIA

PAÑALES WINNY ETAPA 5 # 270 PAÑALES

USO: 3 PAÑALES POR DIA DURANTE 3 MESES

MARIO JOS ESTRADA FRAGOZO R. M. : 1118804326
FIRMA ESPECIALISTA DE PEDIATRIA

SARA SERENYS IPUANA EPIEYU
FIRMA DEL PACIENTE

Validez de la Orden: 30 Dias Desde: 31/07/2025 Hasta: 30/08/2025

4.409

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

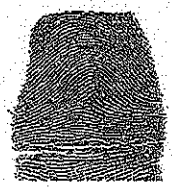
NUMERO 1.010.078.518

EPIEYU EPIEYU
APELLIDOS

MERCERINA
NOMBRES

MERcerina EPieyu E
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1994

BARRANCAS
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-ABR-2012 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2101600-00379065-F-1010078518-20120528 0030063063A 1 38009563

H. C

4.410
V

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Sergio Andres Zuleta Vides			C.C	1.007.139.460	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
05-4-2003	El Carmen de Bolivar		Bolivar	El Carmen de Bolivar	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
22 años	Hombre	✓	Caja copr	Retraso Mental	DD/MM/AAAA
	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		Hinguero	
Dirección de vivienda:		Calle 1 #9-50			
Barrio / Vereda		Jorge Perez			
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:
Yamileth Del Rosario Hana Barreto Salgado	CC ✓	CE	PP	39.100.701 1.007.139.460
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Madre	Madre			Calle 1 #9-50
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3126743523				

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*

4.411

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.139.460**

ZULETA VIDES

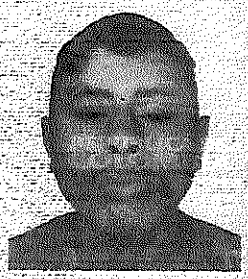
APELLIDOS

SERGIO ANDRES

NOMBRES

Sergio

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-2003**

EL CARMEN DE BOLIVAR
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-AGO-2021 DIBULLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4800500-01270273-M-1007139460-20211130 0077031051A 4 6502687513

4.412

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
SERGIO	ANDRES	ZULETA	VIDES

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: 1007139460

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	6	4

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		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	0.00
Relaciones	35.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	84.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b163.2 b164.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.388

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d879.4 d940.3

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1007139460 **ZULETA VIDES SERGIO ANDRES** **H, 22 Años (5-Abr-2003)**

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: MINGUEO - Teléfono: 0000000000, Barrio: -BARRIO SIN DATO (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: PADRE (PADRE) - Dirección: - Teléfono: 0000000000

Apertura RUTA DE JUVENTUD ((18 A 28 AÑOS)) del 31-Oct-2024 04:34 pm: 21 Años

Id: 68274

***

MOTIVO DE CONSULTA

MC GRIPE Y DIARREA

EA - PTE QUE REFIERE QUE DESDE HACEN VARIOS DIAS PRESENTA GRIPE SIN TRATAMIENTO, SE ACOMPAÑA DE DIARREA, DOLOR ABDOMINAL, Y QUE LE SUENAN LOS DIENTES Y ESTA CON BORBORISMO , PTE CON EPILEPSIA EN TRATAMIENTO CON CARBAMACEPINA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, Y FISICA, RETRASO MENTAL

**** ATENCIÓN INICIAL DEL JOVEN ****

Antecedentes Personales

Observaciones:

Antecedentes Familiares

Observaciones:

Familia

Ocupación Padres:

Observaciones:

Vivienda

Observaciones:

Educación

Años Aprobados:

Años Repetidos:

Causa:

Trabajo

Edad Inicio de Trabajo:

Trabajo Horas x Semana:

Vida Social

Edad de la Pareja (Años):

Tiempo de convivencia:

Actividad Física (Horas x Semana):

TV (Horas x día):

Computador (Horas x día):

Juegos y Redes Sociales (Horas x día):

Habitos/Consumos

Horas Sueños:

Comidas x día:

Comidas x día Familia:

Edad de Inicio en años:

Número Cigarrillos/día:

Edad Inicio años:

Edad Inicio años:

Sexualidad

Menarca/Espermarca:

Fecha de la ultima mestruacion:

Embarazos: 0

Hijos:

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 1007139460 **ZULETA VIDES SERGIO ANDRES** **H, 22 Años (5-Abr-2003)**

Facturacion con cargo a: Regimen: No asegurado Empresa: EQUIPOS_BASICOS ACTIVIDADES Nivel: Nivel 1

¿ A que edad inició la actividad laboral?:

¿ Tipo de labor que lleva acabo?:

¿ Tipo de vinculación laboral?:

¿ De que manera?:

¿ A cual riesgo se expone?:

****VALORACIÓN DSR****

I ITIDAD DE GENERO

¿ Cual?:

SEXUALIDAD

¿ Sexarca?: 0.00

Número de compañeros sexuales:: 0.00

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 84, Frec. respiratoria: 15, Temperatura: 37.0ºC, Peso: 45.7 Kgs., Talla: 152 cms., IMC: 19.78 Peso Normal , Perímetro cintura: --, Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 118 / 61 (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 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

****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): 2-Oct-2024 00:00 am

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

EVOLUCIÓN O ANÁLISIS

PTE CON DIAGNOSTICO DE DIARREA, GRIPE, EPILEPSIA, EN TRATAMIENTO, AL MOMENTO ASINTOMATICO SE INDICA TRATAMIENTO AMBULATORIO, SIGNOS VITALES ESTABLES

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

TRATAMIENTO ANTIEPILEPTICOS
VALORACION POR ESPECIALISTA

****FECHA PROXIMA CITA****

4.415



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.402.196

Apellidos
SARGADO SERMEÑO

Nombres
YAMILETH DEL ROSARIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.45

Sexo
F

Fecha de nacimiento
20 ENE 1980

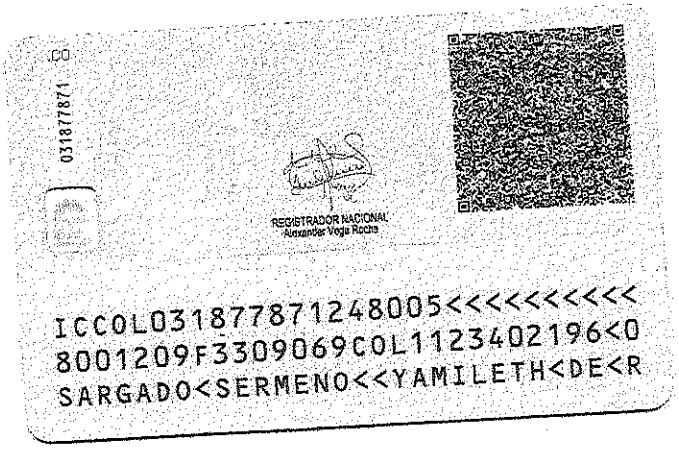
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
03 MAYO 2007, DIBULLA

Fecha de expiración
06 SEPT 2033

Firma
NO FIRMA



.CO

1031877871

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL031877871248005<<<<<<<<<<
8001209F3309069COL1123402196<0
SARGADO<SERMENO<<YAMILETH<DE<R

4.416

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Sergio Pimienta Ballesteros			T.I	1.123.414.154	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
26-5-2015	Riohacha		La Guajira	Riohacha	colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
10	Hombre	✓	caja copi sub.	-Retraso Mental	
	Mujer				

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

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Hatonuevo
Dirección de vivienda:		Calle 3 sur #48-9	
Barrio / Vereda		Villa Diana	
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:
Yulis Ballesteros	CC ✓ CE	PP	1.123.402.768
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)		Dirección
Madre	Madre		Calle 3 sur # 48-9
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico		
3135781835-3006925416			

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	Lunes a viernes	

4.412

Nombre del establecimiento educativo	Grado-Curso
Inetram	

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			
	X		X			
Indique de que tipo:						

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

REPRESENTANTE: Luis Ballestas Ballestas IDENFTIFICACION: 1.123.402.768

COORDINADORA: MARIA MARGARITA ROMERO

4.416

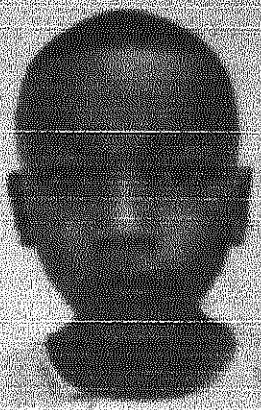
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

1.123.414.154

PIMIENTA BALLESTEROS

SERGIO LUIS

sergio





26-MAY-2015

RIOHACHA
LA GUAJIRA

26-MAY-2033 O+ M

27-JUL-2032 DIBULLA

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
SERGIO	LUIS	PIMIENTA	BALLESTEROS

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: 1123414154

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	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	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	69.44
Participación	71.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b249.3 b435.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s260.367

3. Codigos Actividades y Participación
d820.3 d910.2 d920.3

Clínica Médicos

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

N° de Historia Clinica: 1123414154

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SERGIO LUIS PIMIENTA BALLESTEROS **Identificación:** 1123414154 **Sexo:** Masculino

Fecha Nacimiento: 26/mayo/2015 **Edad Actual:** 7 Años / 7 Meses / 23 Dias **Estado Civil:** Soltero

Dirección: mingueo guajira calle 2 carrera 2 **Teléfono:** 3135781835

Procedencia: RIOHACHA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAJACOPI EPS REGIMEN SUBSIDIADO **Nivel:** NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 2** 17 de enero de 2023 11:18

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp: **N° Ingreso:** 649563 **Fecha:** 17/01/2023

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL: SERGIO7 AÑOSULTIMA VAL CONSIDERE:CONCEPTO:PACIENTE CON INFECCION RECURRENTE ANORMAL.APORTA ESTUDIOS PREVIOS CON EVIDENCIA DE HIPER IGE.ES MANDATORIO COMPLETAR ESTUDIOS CON EL OBJETIVO DE DESCARTAR INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA ASI:* DOSAJE DE INMUNOGLOBULINAS.* CITOMETRIA DE FLUJO DE LINFOCITOS T, B Y NK.* C3 C4 CH50 HEMOGRAMA COMPLETO.* ANTICUERPOS CONTRA EL ANTIGENO SUPERFICIE HEPATITIS B.* TAC TORAX PARA EVALUAR PRESENCIA DE BRONQUIECTASIAS.* RX COLUMNA PARA EVALUAR ESCOLIOSIS.* ELISA VIH PARA DESCARTAR INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.* CULTIVO NASAL Y FARINGEO EN BUSQUEDA DE ESTADO DE PORTADOR DE S.AUREUS.NUEVO CONTROL CON RESULTADOS.///APORTA ESTUDIOS:IGE MAYOR DE 3.0000.IGM 92.IGA 293.IGG 1242.HEMOGRAMA: EO 1240.LT CD3 1708 CD4 912 CD8 699.LB CD19 219.ESCOLIOSIS LUMBAR.TAC TORAX NORMAL.***REFIERE QUE CONTINUAN LESIONES EN PIEL A REPETICION.NIEGA AFECTACION RESPIRATORIA.

OBSERVACIONES: PESO 24.5 KG.FC 70.FR 16.NORMOCEFALO.CARDIOPULMONAR NORMAL.ABDOMEN SIN MEGALIAS.EXTREMIDADES MOVILES.PIEL EXCEMATOSA.DESCAMACION PALMAS.NO ABSCESOS CUTANEOS.

ANALISIS: NO APORTA TODOS LOS ESTUDIOS.PENDIENTE VIH. PENDIENTE HEPATITIS B.CONSIDERO QUE PACIENTE CUMPLE APROX 40 PUNTOS DEL SCORE PARA SD HIPER IGE.REQUIERE VALORACION POR INMUNOLOGIA.INDICO DECOLONIZACION BAÑOS CLORO DE S.AUREUS.

MEDICAMENTOS

CANT	CODIGO	NOMBRE MEDICAMENTO
1		
1		

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

CANT	NOMBRE
1	890354-1 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA

DIAGNOSTICOS

CODIGO	NOMBRE
D849	INMUNODEFICIENCIA, NO ESPECIFICADA

DESTINO DEL PACIENTE Salida_Consulta_Externa

ORDENES MEDICAS

Dra. Laura Rosa Mendoza
Pediatra Infectóloga
Universidad del Sinú

MENDOZA ROSADO LAURA ROSA

INFECTOLOGIA PEDIATRICA

165/2008

LICENCIADO A: [CLINICA MEDICOS S.A.] NIT [824001041-6]

La historia clínica no lleva firma y sello teniendo en cuenta el articulo 18 de la resolución de 1995 de julio 8 de 1999

43979036

Clínica Médicos

Dirección: Calle 16B # 11 - 33. Valledupar Teléfono: 5704747 SEDE PRINCIPAL
Dirección: Calle 14 # 17 - 47. Valledupar Teléfono: 5817612 SEDE ALTA COMPLEJIDAD DEL CARIBE

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1123414154 **Nº Folio:** 2 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SERGIO LUIS PIMIENTA BALLESTEROS **Identificación:** 1123414154 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 26/mayo/2015 **Edad Actual:** 7 Años / 7 Meses / 23 Dias **Estado Civil:** Soltero
Dirección: mingueo guajira calle 2 carrera 2 **Teléfono:** 3135781835
Procedencia: RIOHACHA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAJACOPI EPS REGIMEN SUBSIDIADO **Cama:**

DATOS DEL INGRESO

Responsable: **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 649563 **Fecha:** 17/01/2023 10:23:45 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

Servicio:	890354-1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA	**Cantidad:** 1	**Estado:** Ratificado
Observaciones:	MARZO/2023			

Cajacopi EPS 13 ABRIL 2023 12:00 Am/Pm

Dra. Laura Rosa Mendoza
Pediatra Infectóloga
Universidad el Bosque
43979036 - MENDOZA ROSADO LAURA ROSA
R.M.: 165/2006

Total Ítems: 1

4.422

Clínica Médicos

PLAN DE MANEJO EXTERNO

Dirección: Calle 16B # 11-33. Teléfono: 5704747 SEDE PRINCIPAL
Dirección: Calle 14 # 17-47. Teléfono: 5847612 SEDE ALTA COMPLEJIDAD DEL CARIBE

RECETARIO MÉDICO

Nº Historia Clínica: 1123414154 **Nº Folio:**2

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SERGIO LUIS PIMIENTA BALLESTEROS **Identificación:** 1123414154 **Sexo:** Masculino

Fecha Nacimiento: 26/mayo/2015 **Edad Actual:** 7 Años / 7 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero

Dirección: mingueo guajira calle 2 carrera 2 **Teléfono:** 3135781835

Procedencia: RIOHACHA

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAJACOPI EPS REGIMEN SUBSIDIADO **Régimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: CAJACOPI EPS S.A.S. REGIMEN SUBSIDIADO **Nivel - Estrato:** NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 649583 **Fecha:** 17/01/2023 10:23:48 a. m.

Diagnostico: INMUNODEFICIENCIA, NO ESPECIFICADA **Causa Externa:** Enfermedad_General

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación:	*BAÑOS CLORO* DOS VECES POR SEMANA PONCHERA LLENES DE AGUA Y POR CADA GALON DE AGUA, LE APLICAS 1 CUCHARADITA DE CLORO. SUMERGIR CON LA BAEZA POR FUERA. DE TAL MANERA QUE DEL CUELLO HACIA ABAJO QUEDE EN CONTACTO CON EL AGUA. PERMANECE POR 15 MINUTOS. 2 VECES A LA SEMANA POR 1 MES
Indicación:	VALORACION POR INMUNOLOGIA

Total Items: 2

Dra. Laura Rosa Mendoza
Pediatra Infectologe
Universidad del Bosque

MENDOZA ROSADO LAURA ROSA

R.M.165/2008

LICENCIADO A: [CLINICA MEDICOS S.A.] NIT [824001041-5]

Clínica Médicos

INDICACIÓN MEDICA

N° Folio: 2

Dirección: Calle 16B # 11 - 33. Valledupar Teléfono: 570-1747 SEDE PRINCIPAL

Dirección: Calle 14 # 17 - 47. Valledupar Teléfono: 5847612 SEDE ALTA COMPLEJIDAD DEL CARIBE

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SERGIO LUIS PIMIENTA BALLESTEROS **Identificacion:** 1123414154 **Sexo:** Masculino

Fecha Nacimiento: 26/mayo/2015 **Edad Actual:** 7 Años / 7 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero

Dirección: mingueo guajira calle 2 carrera 2 **Teléfono:** 3135781835

DATOS DE AFILIACIÓN

Plan Beneficios: CAJACOPI EPS S.A.S. REGIMEN SUBSIDIADO **Nivel - Estrato:** NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO

N° Ingreso: 649563 **Fecha:** 17/01/2023

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Detalle:

Dra. Laura Rosado Mendoza
Pediatra Infectóloga
Universidad el Bosque

43979036 - MENDOZA ROSADO LAURA ROSA

INFECTOLOGIA PEDIATRICA

R.M.: 165/2008

La historia clínica no lleva firma y sello teniendo en cuenta el artículo 18 de la resolución de 1995 de julio 8 de 1994

4.424

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.402.768



Apellidos
BALLESTEROS BALLESTEROS

Nombres
YULIS

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.64	F

Fecha de nacimiento — G.S.
27 JUL 1987 — O+

Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
18 AGO 2005, DIBULLA

Firma

Fecha de vencimiento
28 ABR 2035

060322094

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL060322094848005<<<<<<<<<<
8707279F3504288COL1123402768<9
BALLESTEROS<BALLESTEROS<<YULIS

4.425

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Sindy Torregrosa Suarez			CC	1.193.044.685	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
31-3-1994	Zona bananera		Magdalena	Zona bananera	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
31	Hombre		Nueva EPS Sdo.	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	Hatonuevo
Dirección de vivienda:			
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:
Ana Suarez Cote	CC ✓	CE	PP	57.011.830
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			Jose Amaya
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3045492370				

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		

4.426



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

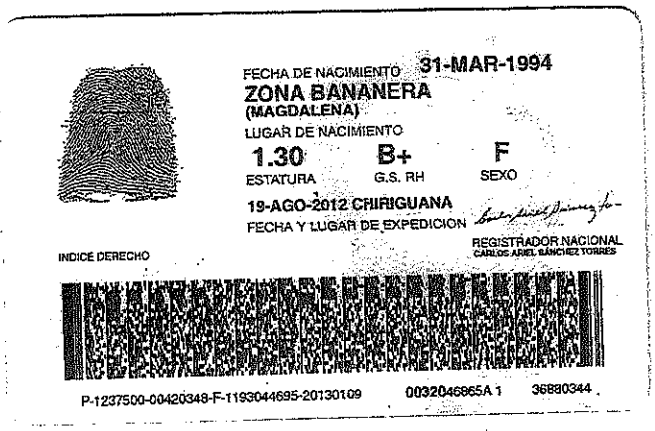
NUMERO 1.193.044.695
TORRECROSA SUAREZ

APELLIDOS
SINDI PATRICIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1994
ZONA BANANERA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-AGO-2012 CHIRIGUANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1237500-00420348-F-1193044695-20130109 0032046965A 1 36880344

3045~~4~~92370

4.422

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

Centro de Salud de Mingueo

NIT 825001037

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia: 1302863 **Fecha Nota:** 29/06/2022 11:16 a. m.

Documento: 1193044695 **Nombre:** SINDI PATRICIA TORREGROSA SUAREZ **Fecha Nac:** 31/03/1994

Ingreso: 29/06/2022 11:16 a. m. **Egreso:** 29/06/2022 11:25:31 a. m. **Afiliacion:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA | COMFAGUAJIRA MORBILIDAD SUB

Edad: 28 años 2 meses y 29 días **Telefonos:** **Dirección:** DIBULLA

DATOS DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA NO QUIERE COMER

ENFERMEDAD ACTUAL NO QUIERE COMER

ANTECEDENTES PERSONALES

HIP. ARTERIAL
No Refiere

ASMA
No Refiere

HEPATITIS
No Refiere

DIABETES
No Refiere

F. REUMATICA
No Refiere

CARDIOPATÍA
No Refiere

GASTROPATÍA No Refiere

TÓXICOS
No Refiere

NEOFROPATÍA
No Refiere

TRAUMÁTICOS
No Refiere

VENÉREOS
No Refiere

QUIRÚRGICOS
No Refiere

TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS
No Refiere

FARMACOLOGICOS NO

OTROS Ninguno

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

EMBARAZOS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS
00	0	0	0
MORTINATOS	**VIVOS**	**MENARQUIA**	**DISMINORREA**
0	0	0	0
CICLOS	**IVS**	**F.U.M**	**PLANIFICA**
0	0	0	0

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
910	60	HTA Grave (Grado 3)
F. CARDÍACA (Lat*Min)	**F. RESPIRATORIA (Res/Min)**	**TEMPERATURA. (°C)**
61	18	37

Fecha Impresión: 29/06/2022 11:27:11 a. m.

	TALLA (Cms)	I.M.C	CLASIFICACIÓN I.M.C
	128	21,97	Peso normal

4.428

...efalo.

...RINO
...moconfigurado.

CUELLO
Móvil, Sin Adenopatías Ni masas.

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

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

GENITOURINARIO
Normoconfigurado.

EXTREMIDADES
Eutróficas sin Edemas.

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

PIEL
Hidratada, Sin Lesiones.

OTROS HALLAZGOS Ninguno

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
ES. 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 Ninguno

CONDUCTA

PLAN DE MANEJO Y PROCEDIMIENTOS METRONIDAZOL- MEBENDAZOL-SULFATONFE[illegible]ROSO

RECOMENDACIONES HABITOS SALUDABLES DE VIDA

POBLACION EXPECIAL

ES VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO NO

ES DESPLAZADO POR LA VIOLENCIA NO

Impresión Diagnostica: F729 RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL
B829 PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

JAIRO JOSE DEL CASTILLO MARTINEZ
RM 0
MEDICINA GENERAL

Fecha Impresión: 29/06/2022 11:27:11 a. m.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

4.428

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SINDI	PATRICIA	TORREGROSA	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: 1193044695

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	21

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	100.00
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	87.50
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	87.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b139.3 b789.3 b798.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s199.288 s760.278
3. Codigos Actividades y Participación
d570.3 d879.3 d920.4

4. 429

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.

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1193044695 **TORREGROSA SUAREZ SINDI PATRICIA** **M, 31 Años (31-Mar-1994)**

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

Etnia: Blanco,Residencia: CLL 4SUR 15E 60 - Teléfono: 3215383877 - Correo electrónico: facturaciondibula@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 2-Dic-2024 10:00 am: 30 Años
Id: 86561

***

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE CON DISCAPACIDAD

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINO DE 30 AÑOS DE EDADQUIEN CONSULTA PARA VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EN EL CENTRO DE SALUD DE MINGUEO. PACIENTE CON DISCAPACIDAD FISICA , ITELECTUAL, PSICOSOIAL, MENTAL. DESDE NACIMINETO. PACIENTE QUIEN CUANTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD MULTIPLE. INGRESA PARA REALIZACION DE HISTORIA CLINICA DONDE CONSTE SU GRADO DE DISCAPACIDAD.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NO REFIERE

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

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

María Paula Salgado

PROFESIONAL: [1021] SALGADO PINTO MARIA PAULA - Identificación: CC 1066189392 - Registro: 1 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022702] MINGUEO

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 1193044695 **TORREGROSA SUAREZ SINDI PATRICIA** **M, 31 Años (31-Mar-1994)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS SA Nivel: Nivel 1

Servicio de egreso: 1110 CONSULTA MEDICA GENERAL
En internación

No se hicieron Remisiones

Documento de venta asociado

ORDS-59008
Subsidiado: NUEVA EPS SA
Servicio de ingreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]
Fecha de ingreso: 02.12.2024 09:34:25
Servicio de egreso: [328 Medicina General] [Consulta externa]

María Paula Salgado

PROFESIONAL: [1021] SALGADO PINTO MARIA PAULA - Identificación: CC 1066189392 - Registro: 1 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[440900022702] MINGUEO

4.432



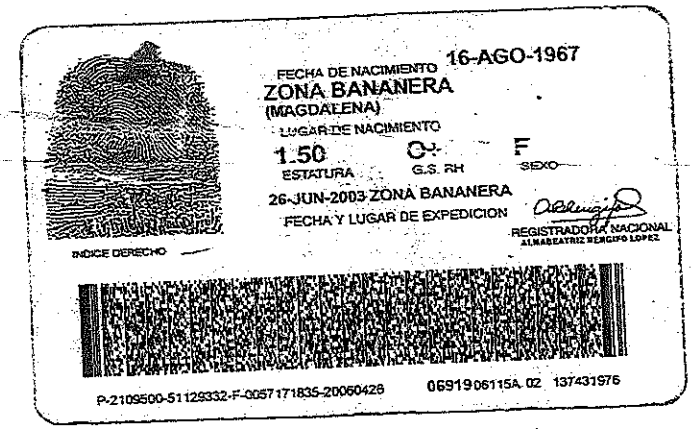
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.171.835

SUAREZ COTE
APELLIDOS

ANA MARIA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1967
ZONA BANANERA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-JUN-2003 ZONA BANANERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ HENAO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-2109500-51129332-F-0057171835-20060428 0691906115A 02 137431976

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Sonia Isabel Hernandez Bolaño			CC	32687-842	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
26/06/1957	Barranquilla		Atlantico	Barranquilla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
68 Años	Hombre		Caja Copi	-Lumbago con Ciatica -Discopatia multiple -Problemas relacionados con la limitacion de actividades	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	Hatonuevo
Dirección de vivienda:		Calle conjunto residencial, interior, torre y apartamento	
Barrio / Vereda		San Martin	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Forzada
Pertenencia étnica:	SÍ ✓ NO	¿Cuál?	Negritudo
Género		Femenino ✓	
		Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Martin Francisco Saba Gutierrez	CC ✓	CE	PP	17.802.268
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Conyugue	Conyugue			Calle 5 #4-63
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3126762307	ultragasuiacorreo@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?

Hinojueo.
para ingresar. 4.434

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.687.842
HERNANDEZ BOLAÑO
APELLIDOS
SONIA ISABEL
NOMBRES



Sonia Hernandez B.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-1957
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-JUL-1985 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00149208-F-0032687842-20050205 0009843386A 1 9932316554

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 13 20 - 71 TELEFONO: 3114172501

Paciente	SONIA ISABEL HERNANDEZ BOLAÑO	**Tipo de Documento**	CC	**Identificacion**	CC 32687842
Fecha Nac	26/06/1957	**Edad**	67 años 5	**Sexo:**	F
Etnia	Indigena	**Teléfono**	3126762307		
Escolaridad	No definido	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	RURAL		
Direccion					
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	BENEFICIANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

HISTORIA CLÍNICA DE CONTROL MED. ESPECIALIZADA

No.: 7612984 **Edad del paciente:** 67 años 5 meses y 24días **Fecha de la nota:** 20/12/2024 11:15:38 a. m.

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

ACIENTE INGRESA CON CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DOLOR A NIVEL DE COLUMNA LUMBOSACRA QUE SE IRRADIAN A MIEMBROS INFERIORES NIEGA TRAUMATISMO REFIERE QUE HA TOMADO ANALGÉSICO Y DOLOR PERSISTE AL EXAMEN FÍSICO DOLOR A LA PALPACIÓN A NIVEL DE COLUMNA LUMBOSACRA SIGNO DE LACEGUE POSITIVO SIGNO DE BRAGAR POSITIVO, RETRACCIÓN DE ISQUIOTIBIALES, PRESENCIA DE MARCHA ANTALGICA, RETRACCIÓN DE ISQUIOTIBIALES
.RMN DE COLUMNA LUMBOSACRA MUESTRA DISCIPATIA + ASTROSIS
CERTIFICO QUE PACIENTE PRESENTA DISCAPACIDAD MOTORA POR DISCOPATIA MULTINIVEL
SE INDICA TERAPIA FISICA + AINES + CONTROL EN 3 MESES

Examen Físico

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA

0

TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA

0

PESO (kg)

0

TALLA (Cms)

0

F. CARDÍACA (Lat*Min)

0

TEMPERATURA. (°C)

0

F. RESPIRATORIA (Res/Min)

0

CABEZA

.NORMAL

OJOS

.NORMAL

OTORRINO

.NORMAL

CUELLO

.NORMAL

CARDIOPULMONAR

.NORMAL

ABDOMEN

.NORMAL

GENITOURINARIO

.NORMAL

EXTREMIDADES

.DOLOR LUMBAR

S.N.C

.NORMAL

OTROS HALLAZGOS

SINDROME DE COLON IRRITABLE

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

4.436

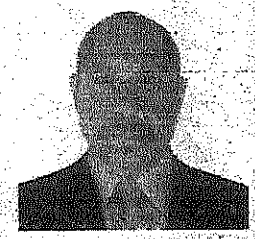
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **17.802.268**
SABAN GUTIERREZ

APELLIDOS
MARTIN FRANCISCO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1949**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

10-MAR-1971 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800500-00191588-M-0017802268-20091029 0017551619A.3 25616603



Calle 10 #7-6 Mingueo

4.440

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Haliana Mutis Sierra			TI	1.119 402 534	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
	Riohacha		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
11	Hombre		Dusatawi	Retraso Mental no especificado	
	Mujer	✓			

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

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Maicao
Dirección de vivienda:		Calle 10 Carrera 7 # 6-55	
Barrio / Vereda		20 de Enero	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Desplazado
Pertenencia étnica:	SÍ ✓ NO	¿Cuál?	Afro
Género		Femenino	
		Masculino	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Eliupis Perez Lozano	CC ✓	CE	PP	36.620 677
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Abuela	Abuela			Calle 10 Carrera 7
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
320 747 63 65				

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		

4.441

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.119.402.534
MUTIS SIERRA

APELLIDOS
THALIANA VALENTINA

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-2014
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-AGO-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

27-JUL-2022 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-4800500-01310779-F-1119402534-20220729 0080221372A 1 8505243115

4.442

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
TATIANA	VALENTINA	MUTIS	SIERRA

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: 1119402534

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
FUNDACION REINTEGRAR FV

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	8	6

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	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	47.50
Participación	46.43
GLOBAL	32.32

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.2 b215.1 b7351.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.288 s230.271 s730.181

3. Codigos Actividades y Participación

d161.2 d598.2 d820.3

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
ELIBETH CAROLINA VALENCIA MEZA	Terapia ocupacional	CC-1124381343
CAROLINA GOMEZ COTES	Fisioterapia	CC-40847752
SARA SILVIA PEREZ ILLIDGE	Medicina	CC-40926034

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *THALIANA VALENTINA MUTIS SIERRA* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

Documento: RC-1119402534

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

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

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

ntificación: TI 1119402534 **MUTIS SIERRA THALIANA VALENTINA** **M, 11 Años (19-Ago-2014)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: DUSAKAWI 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

Hiperbulia: No

ALTERACIONES CUALITATIVAS:

Sonambulismo: No

Terrores Nocturnos: No

Enuresis: No

PROFESIONAL: --
[440900022703] PALOMINO

****Evolución del 25-Oct-2025 01:35 pm: 11 Años**
Id: 256742

Fecha de grabación: 25-Oct-2025 01:43

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EXAMEN MENTAL

Durante la atención, la niña se muestra colaboradora, con atención dispers pero receptiva a estímulos. Su afecto es congruente con el contexto, manti contacto visual intermitente y responde a instrucciones simples. Se evidenc conexión emocional con su madre y adaptación positiva durante el proceso interacción.

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

Se brinda acompañamiento psicológico continuo enfocado en el desarrollo habilidades emocionales, la estimulación cognitiva y la orientación a la fami en el manejo de rutinas estructuradas. Se fortalecen estrategias de comunicación y vínculo afectivo, promoviendo espacios de juego terapéutic actividades que estimulen la autonomía. Se recomienda articulación con trabajo social, fisioterapia y educación inclusiva para garantizar un abordaj integral.

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: TI 1119402534 **MUTIS SIERRA THALIANA VALENTINA** **M, 11 Años (19-Ago-**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: DUSAKAWI 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

laciones con parejas: no refiere

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

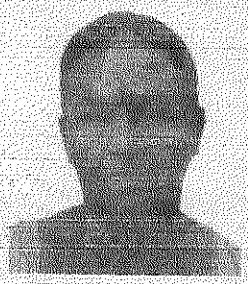
Tenacidad: No

Labilidad: No

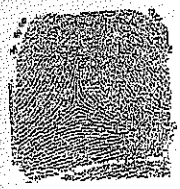
Incontinencia: No

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 36.620.611
PEREZ LOZANO
APELLIDOS
ELUDIS DEL CARMEN
NOMBRES



Eludis Perez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1951
ACHI
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-ENE-1974 BOSCONIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4800500-00905017-F-0036620611-20170513 0055413101A 1 5021697413

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Valentina Ojeda Barrera			T.I	1.043.186.061	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
04-12-2015	Soledad		Atlantico	Barranquilla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
9	Hombre		Caja Copi Sub	Trastorno especifico del desarrollo de la Funcion motra. Encefalopatia no especificada	
	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	Riohacha
Dirección de vivienda:		Calle 3 # 11-90	
Barrio / Vereda		7 de Junio	
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:
Vanesa Barrera Pua	CC ✓ CE PP	1.001.887.496
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)	Dirección
Madre	Madre	Calle 3 # 11-90
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico	
323.227 8713		

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	Lunes a Viernes	Mañana

4.448

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.043.186.061
OJEDA BARRERA
APELLIDOS
VALENTINA
NOMBRES

Valentina
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-2015
SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-DIC-2033
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
23-NOV-2023 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4800500-01402526-F-1043186061-20231202 0137742701A 1 8510147395

4. 449

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
VALENTINA		OJEDA	BARRERA

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: 1043186061

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Dia
FUNDACION REINTEGRAR RV	2022	5	26

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	75.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	55.00
Participación	60.71
GLOBAL	31.79

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

d4600.3 d4602.3 d820.3

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	Fonoaudiologia	CC-40984392 Vanessa Joiro H

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *VALENTINA OJEDA BARRERA* manifiesto que: *SI*

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

* Valentina Barrera , 44-160695

Nombre y Firma Documento: RC-1043186061

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 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.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

MEDICENTER ESPECIALIZADO LTDA RIOHACHA
Direccion: *440010064301* *Nit:* *900138649-8*
Codigo del prestador: *CLL 12 No. 11 - 159 ESQUINA BARRIO LIBERTADOR*
Telefono: *6057288204*
Email *medicenterespacializado@hotmail.com*

Fecha de impresión: *9/25/2024 9:16:09 AM*

ORDENES EXTERNAS

Datos del paciente

Identificación: **TI - 1043186061** Paciente: **VALENTINA OJEDA BARRERA**
F. Nacimiento: **12/4/2015** Edad: **8 años**
Diagnostico: **F82X TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ**
Diagnostico Relacionado1: **G934 ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA**
Diagnostico Relacionado2: **Z762 CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS**
Diagnostico Relacionado3: **B829 PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION**
Ingreso: **158444** F. Ingreso: **9/25/2024** F. Egreso: Nivel / Estrato: **EXENTO DE PAGO**
Contrato: **7757 : CAJACOPI EPS SAS SUBSIDIADO RIOHACHA : EVENTO**
Municipio: **DIBULLA** P. Atención: **MEDICENTER ESPECIALIZADO LTDA**
U. Funcional: **001 - CONSULTA EXTERNA SEDE PRINCIPAL**

Medico:	LAUDELINO NOES CANTILLO IPUANA	Fecha y hora:	2024/09/25	08:58
Remisión a especialista - Esp:				
ORDENES AMBULATORIA				
CUPS	**Procedimiento**			**Cantidad**
890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA			1

Observaciones: **PRIORITARIA**

RM 1220093
LAUDELINO NOES CANTILLO IPUANA

4.452

MEDICENTER ESPECIALIZADO LTDA RIOHACHA
Direccion: *440010064301* *Nit:* *900138649-8*
Codigo del prestador: *CLL 12 No. 11 - 159 ESQUINA BARRIO LIBERTADOR*
Telefono: *6057288204*
Email *medicenterespacializado@hotmail.com*

Fecha de impresión: *9/25/2024 9:16:09 AM*

ORDENES EXTERNAS

Datos del paciente

Identificación:	TI - 1043186061	Paciente:	VALENTINA OJEDA BARRERA
F. Nacimiento:	12/4/2015	Edad:	8 años

Diagnostico: F82X TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ
Diagnostico Relacionado1: G934 ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionado2: Z762 CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS
Diagnostico Relacionado3: B829 PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

Ingreso:	158444	F. Ingreso:	9/25/2024	F. Egreso:	Nivel / Estrato: EXENTO DE PAGO
Contrato:	7757 : CAJACOPI EPS SAS SUBSIDIADO RIOHACHA : EVENTO				
Municipio:	DIBULLA			P. Atención:	MEDICENTER ESPECIALIZADO LTDA
U. Funcional:	001 - CONSULTA EXTERNA SEDE PRINCIPAL				

Medico:	LAUDELINO NOES CANTILLO IPUANA	Fecha y hora:	2024/09/25 08:58

Remisión a especialista - Esp:

ORDENES AMBULATORIA

CUPS	Procedimiento	Cantidad
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1

Observaciones: **CITA CONTROL EN 1 MES**

RM 1220093

LAUDELINO NOES CANTILLO IPUANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.001.887.496**

BARRERA PUA

APELLIDOS

VANESSA ESTHER

NOMBRES

VANESSA BARRERA PUA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **24-ENE-1995**

SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-FEB-2013 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0305200-00435171-F-1001897496-20130510 0032962328A 1 40259531

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Veronica Dayana Lazaro Lazaro			T.I	1.123.407.990	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
16/11/2009	Dibulla		La guajira	Dibulla	Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
16	Hombre		Caja Copi	- Hipoacusia Neurosensorial / Bilateral / Cofosis	DD/MM/AAAA
	Mujer	✓			

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

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	Mingueo
Dirección de vivienda:		Kra 8B # 2 Sur - 4	
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:
Yadira Emilse Lazaro Ibarra	CC ✓	CE	PP	26.969 886
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Madre	Madre			Kra 8 B # 2 Sur - 4
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3135542624				

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		Diario	*Mañana* ✓
			Tarde
Institución pública ✓	*Institución privada*		*Jornada Completa*

4.458

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.123.407.990**

LAZARO LAZARO
APELLIDOS

VERONICA DAYANA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-NOV-2009**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

16-NOV-2027 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

26-DIC-2016 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4800500-00906559-F-1123407990-20170519 0055484136A 2 45986967

4. 459

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
VERONICA	DAYANA	LAZARO	LAZARO

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: 1123407990

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		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	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	41.67
Participación	78.57

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.383

3. Codigos Actividades y Participación

d730.3 d910.2 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
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 de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

-10

4.461

NIT 900957139
Habilitacion 440010102001
Telefono 3128667232
Email gerenciasseipsp@gmail.com
Pagina Web www.sseips.co

Fecha de Impresion03/02/2025

MHC-20160101-V03

Historia Clinica

Servicio CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Datos del Paciente

Paciente	VERONICA DAYANA LAZARO LAZARO			Identificacion	TI - 1123407990
Fecha Nacimiento	2009-11-16	Edad	15	Direccion	CL 6 CR 8 6-08
Celular	3135542624	Fijo		Ocupacion	ESTUDIANTE
Fecha Ingreso	2025-02-03	Hora	08:21:00	No Admision	52352
Fecha y Hora Atencion	2025-02-03 00:00:00				
Nit	901543211	Empresa Convenida		CAJACOPI EPS S.A.S.	

Evolucion Medica

PACIENTE FEMENINADE 15 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN CONTROL POR ESTA CONSULTA POR CUADRO DE HIPOACUSIA SEVERA BILATERAL, ACUDE A LA CONSULTA DE ORL PARA ENTREGA DE RESULTADOS. AUDIOMETRIA TONAL CON 100% DE PÉRDIDA AUDITIVA EN AMBOS OIDOS, POR LO QUE DEBE CONTINUAR CON LABIO LECTURA.

Antecedentes Personales

Quirurgico: Niega

Traumatismo: Niega

Alergia: Niega

Patologicos: Niega

Otros Antecedentes: Niega

Antecedentes Familiares

Padre: Niega

Madre: Niega

Hermanos: Niega

Hijos: Niega

Otros familiares: Niega

Examen Fisico

Presion Arterial: Peso : Kg Talla : Cm F. Cardiaca F. Respiratoria : Rpm Pulso Temperatura

OIDO: --..
NARIZ: ..
Faringe: ...
Boca: ....

Diagnostico Presuntivo

H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL PROFUNDA, COFOSIS.

Diagnostico Definitivo

H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL PROFUNDA, COFOSIS.

Plan

LABIOLECTURA

Recomendacion

PASCUAL MASTROIANNI
OTORRINOLARINGOLOGO
Reg. 2000008289

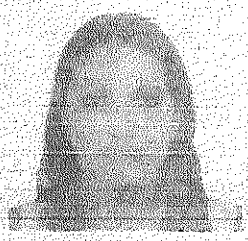
4.462

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.969.886
LAZARO IBARRA

APELLIDOS
YADIRA EMILSE

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1979
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-1999 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00208241-F-0026969886-20100108 0019786789A 1 25617051

4.463 V

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Vidal Segundo Gonzalez Barraza			Cc.	1.123.407.808	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
10/11/1990	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
34	Hombre	✓	Caja Copi	Epilepsia No especificado	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	Mingueo	
Dirección de vivienda:		CL 7 CRA 6		
Barrio / Vereda		Campo Alegre		
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:
Nelva Maria Barraza Monsalvo	CC ✓	CE	PP	1.123.403.061
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre.	Madre.			CL 7 CRA 6
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico		
3188444836 - 3117666806				

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*

Para ingresar Mingreso. 4.464


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.123.407.808
GONZALEZ BARRAZA
APELLIDOS
VIDAL SEGUNDO
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1995
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-SEP-2009 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-A80D5G0-00376561-M-1123407808-20120917 0029957803A 1 34287498

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
VIDAL	SEGUNDO	GONZALEZ	BARRAZA

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: 1123407808

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	5

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	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.3 b125.3 b126.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.4 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.

CAJACOPI EPS SAS
Nit 901.543.211-6

Autorización de Servicios

Número 4409000031913

DIBULLA CE MEDICINA INTERNA

Beneficiario

Nombre	GONZALEZ BARRAZA VIDAL SEGUNDO			Fecha:	21/12/2023	Vence:	20/03/2024
Identificacion:	CC 1123407808	Sexo:	M	Nacimiento:	10/11/1990	Diagnostico:	G409 - R51X
Sede Afiliado:	DIBULLA	Fecha Afiliacion:	17/11/2022	Regimen:	SUBSIDIADO	Nivel:	
Direccion:	Calle 7 Carrera 7 MINGUEO	Contrato Admin:	24	Modalidad:			
Telefonos:	- 3188444836	Correo:				Estado AFI:	ACTIVO

Reng	Codigo	Servicio	Cantidad
1	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1

Medico Tratante: RODOLFO HERNANDEZ

Numero	Fecha 21/12/2023	Ubic. paciente Consulta Externa	Servicio/cama

Imputable a: Administradora
MIPRES: 0

ESTE VALOR DE AUTORIZACION ESTA SUJETO A AUDITORIA MEDICA

Prestador

Identificacion: 900778696
Nombre: FUNDACION FLORECER B.D.G
Direccion: CL 6 7 57
Telefono: 3042369668
Ciudad: DIBULLA

Recibo a Satisfacción

Firma del Usuario

Fecha de impresion: 26/12/2023 13:40 Autorizado por: GIL PEREIRA MARBELLA ALIVETH www.cajacopieps.com
GENESIS

4409000031913

4.469

E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA
NIVEL DE ATENCION
"Un compromiso con calidad"

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA - MUNICIPIO DE DIBULLA
PRIMER NIVEL - NIT.: 2250001027-1 TEL.: 7200084 - FAX: 7200083

FECHA: 16/6/2022

PACIENTE: Lido Gonzalez EDAD:

AFILIACION No. E.P.S. - A.R.S.

Se solicita
valoracion por
Medicina Interna

HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA

Por favor no arrancar esta formula

3149

4.469

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

E.S.E Hospital Santa Teresa de Jesus de Avila

NIT 825001037

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

Dibulla - La Guajira

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

No. Historia: 2681827 **Fecha Nota:** 18/12/2023 11:59 a. m.

Documento: 1123407808	**Nombre:** VIDAL SEGUNDO GONZALEZ BARRAZA		**Fecha Nac:** 10/11/1990
Ingreso: 18/12/2023 11:53 a. m.	**Egreso:**	**Afiliacion:**	CAJA COPI EPS SAS ¦ CAJA COPI EPS SAS MORDILIDAD
Edad: 33 años 1 mes y 8días	**Telefonos:** 3107127726	**Dirección:**	DIBULLA

INTERCONSULTA

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA CONTROL DE CUADRO DE EPILEPSIA

NAP .PACIENTE CON ANTEDENTES DE CUADRO EPILEPTICO DESDE LOS 14 AÑOS DE EDAD QUIEN APESAR DE MANEJO MEDICO REGULAR CON CARBAMAZEPINA PRESENTA EPISODIOS DE CEFALEA RECURRNETES Y EPISODISO CONVULSIVOS OCACIONALES

Impresión Diagnostica: G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

R51X CEFALEA

RODOLFO HERNANDEZ

RM 44352

MEDICINA GENERAL

Fecha Impresión: 18/12/2023 12:06:23 p. m.

4-470

E.S.E Hospital Santa Teresa de Jesus de Avila

NIT 825001037

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

Dibulla - La Guajira

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia: 2681803 **Fecha Nota:** 18/12/2023 11:54 a. m.

Documento: 1123407808 **Nombre:** VIDAL SEGUNDO GONZALEZ BARRAZA **Fecha Nac:** 10/11/1990

Ingreso: 18/12/2023 11:53 a. m. **Egreso:** **Afiliacion:** CAJA COPI EPS SAS | CAJA COPI EPS SAS MORDILIDAD

Edad: 33 años 1 mes y 8días **Telefonos:** 3107127726 **Dirección:** DIBULLA

DATOS DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA CONVULSIONES

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE CON ANTEDENTES DE CUADRO EPILEPTICO DESDE LOS 14 AÑOS DE EDAD QUIEN APESAR DE MANEJO MEDICO REGULAR CON CARBAMAZEPINA PRESENTA EPISODIOS DE CEFALEA RECURRNETES Y EPISODISO CONVULSIVOS OCACIONALES

ANTECEDENTES PERSONALES

HIP. ARTERIAL
No Refiere

ASMA
No Refiere

HEPATITIS
No Refiere

DIABETES
No Refiere

F. REUMATICA
No Refiere

CARDIOPATÍA
No Refiere

GASTROPATÍA No Refiere

TÓXICOS
No Refiere

NEOFROPATÍA
No Refiere

TRAUMÁTICOS
No Refiere

VENÉREOS
No Refiere

QUIRÚRGICOS
No Refiere

TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS
No Refiere

OTROS Ninguno

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES No Refiere

EXAMEN FISICO

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
12

TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA
70

CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A
Optima

F. CARDÍACA (Lat*Min)
88

F. RESPIRATORIA (Res/Min)
16

TEMPERATURA. (°C)
36

PESO (kg)
56

TALLA (Cms)
158

I.M.C
22,43

CLASIFICACIÓN I.M.C
Peso normal

CABEZA
Normocéfalo.

OJOS
Isocoria, Pupilas Normoreactivas a la luz,.

OTORRINO
Normoconfigurado.

CUELLO
Móvil, Sin Adenopatías Ni masas.

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

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

GENITOURINARIO
Normoconfigurado.

EXTREMIDADES
Eutróficas sin Edemas.

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

PIEL
Hidratada, Sin Lesiones.

Fecha Impresión: 18/12/2023 12:06:18 p. m.

4-471

OTROS HALLAZGOS Ninguno

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 Ninguno

CONDUCTA

PLAN DE MANEJO Y PROCEDIMIENTOS SE REMITE PARA VALORACIO POR MEDICINA INTERNA

RECOMENDACIONES CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

POBLACION EXPECIAL

ES VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO NO

ES DESPLAZADO POR LA VIOLENCIA NO

Impresión Diagnostica: G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
R51X CEFALEA

RODOLFO HERNANDEZ
RM 44352
MEDICINA GENERAL

Fecha Impresión: 18/12/2023 12:06:18 p. m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.123.403.061**

BARRAZA MONSALVO

APELLIDOS

NELVA MARIA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1951**

DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-NOV-2005 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4800500-01197795-F-1123403061-20210107 0073025320H 1 20455053

-foto

4.473

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos				Tipo identificación:	Número	
William Andres Lazaro Lazaro				CC.	1.119.700.139	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:			Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
21/10/2007	Riohacha			La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:	
18	Hombre	✓	Caja Copi	-HipoAcusia Neurosensorial, Bilateral, Cofosis	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	Mingueo
Dirección de vivienda:		Kra 8B#2 Sur - 4	
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:
Yadira Emilse Lazaro Ibarra	CC ✓	CE	PP	26.969.886
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			Kra 8 B#2 Sur-4
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3135542624				

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		Diario	Mañana ✓
			Tarde
Institución pública ✓	Institución privada		Jornada Completa

4. 424

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.119.700.139

LAZARO LAZARO
APELLIDOS

WILLIAM ANDRES
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-2007
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

21-OCT-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

M
SEXO

11-NOV-2014 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-4800500-00729207-M-1119700139-20150805 0045592680A 3 40407187

4.425

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
WILLIAM	ANDRES	LAZARO	LAZARO

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: 1119700139

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		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	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	44.44
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.373

3. Codigos Actividades y Participación

d730.2 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
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 de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

4.427

NIT 900957139
Habilitacion 440010102001
Telefono 3128667232
Email gerenciasseipsp@gmail.com
Pagina Web www.sseips.co

Fecha de Impresion03/02/2025

MHC-20160101-V03

Historia Clinica

Servicio CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Datos del Paciente

Paciente	WILLIAM ANDRES LAZARO LAZARO			Identificacion	TI - 1119700139
Fecha Nacimiento	2007-10-21	Edad	17	Direccion	CLE 1 KRA 2
Celular	3135542624	Fijo		Ocupacion	ESTUDIANTE
Fecha Ingreso	2025-02-03	Hora	08:26:00	No Admision	52356
Fecha y Hora Atencion	2025-02-03 00:00:00				
Nit	901543211	Empresa Convenida		CAJACOPI EPS S.A.S.	

Evolucion Medica

PACIENTE MASCULINO DE 17 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN CONTROL POR ESTA CONSULTA CON CUADRO CLINICO DE SORDERA BILATERAL, EN LOS ESTUDIOS AUDIOLOGICOS REVELA: 100% DE PERDIDA AUDITIVA , EN LOS POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE ESTADO ESTABLE DONDE NO SE REGISTRAN RESPUESTAS A LA MÁXIMA INTENSIDAD DE 80 DB NHL, POR LO QUE NO SE CONSIGUEN RESTOS AUDITIVOS NO ES CANDIDATO A AUXILIARES AUDITIVOS.

Antecedentes Personales

Quirurgico: Niega

Traumatismo: Niega

Alergia: Niega

Patologicos: Niega

Otros Antecedentes: Niega

Antecedentes Familiares

Padre: Niega

Madre: Niega

Hermanos: Niega

Hijos: Niega

Otros familiares: Niega

Examen Fisico

Presion Arterial: Peso : Kg Talla : Cm F. Cardiaca F. Respiratoria : Rpm Pulso Temperatura

OIDO:

Diagnostico Presuntivo

H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL, COFOSIS

Diagnostico Definitivo

H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL, COFOSIS

Plan

LABIO-LECTURA.

Recomendacion

PASCUAL MASTROIANNI
OTORRINOLARINGOLOGO
Reg. 2000008289

4.479

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

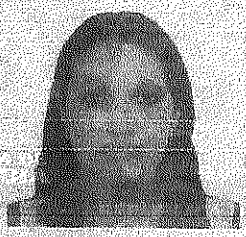
NUMERO 26.969.886
LAZARO IBARRA

APELLIDOS
YADIRA EMILSE

NOMBRES

Yadira Lazaro

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1979
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-1999 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00208241-F-0026969686-20100108 0019786789A 1 25617051

V

4.479

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Yadis Alberto Mendoza Romero			CC	1.123.403.234	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
13-7-2005	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
20 Años	Hombre	✓	Nueva EPS	- Microcefalia - Retardo en el desarrollo	DD/MM/AAAA
	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	Riohacha	
Dirección de vivienda:		Finca la pavimentada		
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?	Negritudo
Género			Femenino Masculino ✓	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Yadis Esther Romero Camargo	CC ✓	CE	PP	52.425.937
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Madre	Madre			
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico		
3046218786				

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*

4.461

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
YAIDER	ALBERTO	MENDOZA	ROMERO

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: 1123403234

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	6	4

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	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	55.00
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

b139.2 b7108.3 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.278 s7502.273 s770.273

3. Codigos Actividades y Participación

d175.2 d4602.2 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
YURAICA PATRICIA PAREJA CHURIO	Medicina	CC-1065569284
EDIANIS LISBETH ACOSTA CAMPO	Fisioterapia	CC-1121328539
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.

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

Centro de Salud de Mingueo

NIT 825001037

4-483

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia: 413526 **Fecha Nota:** 16/07/2021

Documento: 1123403234	**Nombre:** YAIDER ALBERTO MENDOZA ROMERO	**Fecha Nac:** 13/07/2005
Ingreso: 16/07/2021 4:27 p. m.	**Egreso:** 16/07/2021 4:36:06 p. m.	**Afiliacion:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA | COMFAGUAJIRA MORBILIDAD SUB Y CON
Edad: 16 años 3 días	**Telefonos:** 3006979555	**Dirección:** Calle 6 10 24 DIBULLA

DATOS DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA

PARA CERTIFICADO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR MADRE PARA RENOVACION DE HISTORIA CLINICA, PACIENTE CON ANTECEDENTES DE MICROCEFALIA+ RETARDO EN EL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICIÓN + PIE EQUINOVARO, REFIERE MADRE QUE MENOR HACE MUCHO NO TIENES CONTROLES, NO AGUDIZACIÓN DE SÍNTOMAS.

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE RETARDO EN EL DESARROLLO, QUIEN AMERITA VALORACION POR PEDIATRA, POR LO QUE SE DA ORDEN.

ANTECEDENTES PERSONALES

HIP. ARTERIAL
No Refiere

ASMA
No Refiere

HEPATITIS
No Refiere

DIABETES
No Refiere

F. REUMATICA
No Refiere

CARDIOPATÍA
No Refiere

GASTROPATÍA
No Refiere

TÓXICOS
No Refiere

NEOFROPATÍA
No Refiere

TRAUMÁTICOS
No Refiere

VENÉREOS
No Refiere

QUIRÚRGICOS
No Refiere

TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS
No Refiere

FARMACOLOGICOS
NO

OTROS
MICROCEFALIA, RETARDO DEL DESARROLLO PIE QUINO VARO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES
No Refiere

EXAMEN FISICO

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
100

TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA
60

CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A
Optima

F. CARDÍACA (Lat*Min)
85

F. RESPIRATORIA (Res/Min)
18

TEMPERATURA. (°C)
36

PESO (kg)
39

TALLA (Cms)
154

I.M.C
16,44

CLASIFICACIÓN I.M.C
Bajo de peso

CABEZA
MICROCEFALIA

OJOS
Isocoria, Pupilas Normoreactivas a la luz,.

OTORRINO
Normoconfigurado.

CUELLO
Móvil, Sin Adenopatías Ni masas.

Fecha Impresión: 16/07/2021 4:37:28 p. m.

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Yaleidis Yunith Marzola Navarro.			C.C.	1·123·401·302	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
14-06-2004	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia.

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
21	Hombre		Caja Copi	-Convulsiones Disonativas	
	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	
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 colombiana.
Género	✓ Femenino		
	Masculino		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Homaris Marzola Navarro.	CC ✓	CE	PP	26976883
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Hermana.	Hermana			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?
NO		

4.485

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.123.401.302

MARZOLA NAVARRO

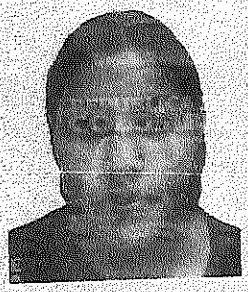
APELLIDOS

YALEIDYS YUNITH

NOMBRES

Yaleidis marzola

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-2004
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-JUL-2022 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4800500-01306765-F-1123401302-20220718 0080121237A 1 8505143501

4.486

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente YALEIDYS YUNITH MARZOLA NAVARRO **Identificacion** 1123401302

Direccion MINGUEO **Ciudad** DIBULLA

Teléfono 3168355869- **Asegurador** CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

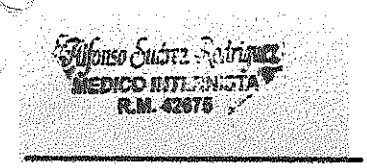
ORDEN DE SERVICIO

No.: 4990719 **Edad del paciente:** 19 años 3 meses y 21días **Fecha de la nota:** 5/10/2023 3:58:41 p. m.

DESCRIPCIÓN

ORDEN DE SERVICIO 39143 CONSULTA DE PRIMERA VEZ NEUROLOGIA

DESCRIPCION .PACIENTE FEMENINA CON EPISODIOS DE CONVULSIONES.



Dx Ppal.: F445 CONVULSIONES DISOCIATIVAS

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

ALFONSO ENRIQUE SUAREZ RODRIGUEZ

RM 8646080

MEDICINA INTERNA

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos				Tipo identificación:	Número	
Jessica Elizabeth Brito Argotes				C.C	1.123.403.776	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:			Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
30/10/1982	Santa Marta			Magdalena	Santa Marta	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:	
43	Hombre		Caja Capi	Sordomudez		
	Mujer	V				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Auditiva			SÍ V	NO	SÍ	NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:		
SÍ	NO	La Guajira		Hatonuevo.		
Dirección de vivienda:		Cll 3 #4-73				
Barrio / Vereda		San Martin.				
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO X	¿Cuál fue el hecho victimizante?		
Pertenencia étnica:		SÍ	NO X	¿Cuál?		
Género		V		Femenino V		
				Masculino		

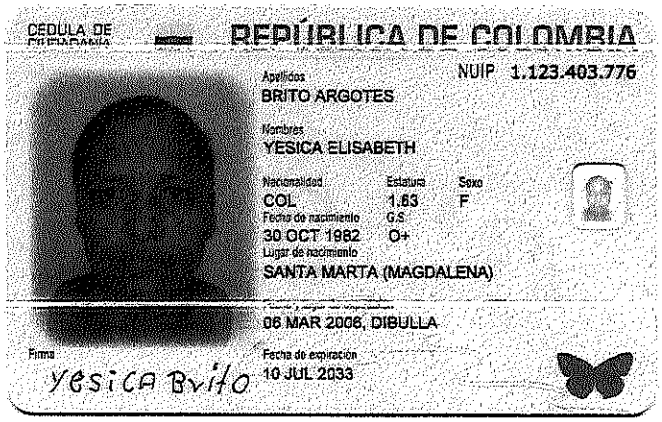
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Cecilia Fredes Brito Redondo		CC X	CE	PP	17.830.014
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Padre	Padre				Calle 3 #4-73
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3244021698					

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		

4.491



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.403.776

Apellidos
BRITO ARGOTES

Nombres
YESICA ELISABETH

Nacionalidad
COL

Estatura
1.63

Sexo
F

Fecha de nacimiento
30 OCT 1982

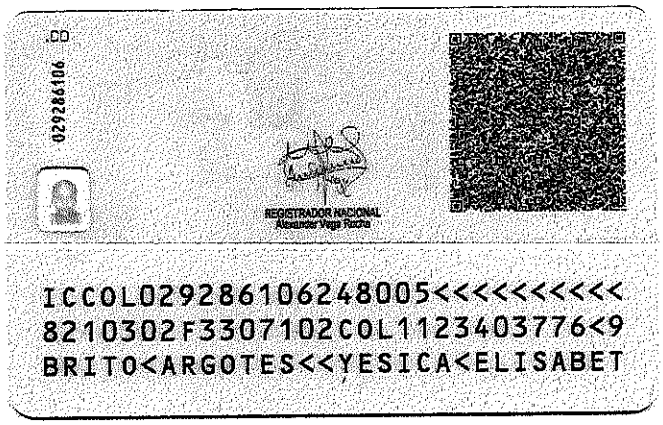
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SANTA MARTA (MAGDALENA)

06 MAR 2006, DIBULLA

Firma
Yesica Brito

Fecha de expiración
10 JUL 2033



CO

029286106

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL029286106248005<<<<<<<<<<
8210302F3307102COL1123403776<9
BRITO<ARGOTES<<YESICA<ELISABET

4-492

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
YESICA	ELISABETH	BRITO	ARGOTES

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: 1123403776

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
JNDACION REINTEGRAR RV	2022	6	24

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	DIBULLA

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	Porcentaje
Cognición	33.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	6.25
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	68.75
GLOBAL	35.56

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b249.3 b399.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.378

3. Codigos Actividades y Participación

d640.3 d7500.4 d760.3

4-493

La salud es de todos | Minsalud

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, *YESICA ELISABETH BRITO ARGOTES* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma Documento: CC-1123403776

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

4.494

IPSI SOLWAYUU
NIT: 900270453
COD. PRESTADOR: 440900071204

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

HISTORIA CLÍNICA DE ADULTEZ

Referencia: 1003364

IDENTIFICACIÓN CC. 1123403776	**NOMBRES Y APELLIDOS** YESICA ELISABETH BRITO ARGOTES	**FECHA NACIMIENTO** 30/10/1982	**EDAD** 42 AÑOS, 0 MESES, 27 DIAS
SEXO FEMENINO	**ESTADO CIVIL** SOLTERO	**PERTENENCIA ETNICA** NINGUNO	**GRUPO POBLACIONAL** NINGUNO
NIVEL DE ESTUDIO BASICA PRIMARIA	**OCUPACION** Ama de casa	**DIRECCIÓN** Calle 3 # 3-74 Barrio San Martin	**TELÉFONO** 3145531550
FINANCIADOR CAJACOPI EPS	**REGIMEN** SUBSIDIADO	**FECHA DE ATENCION** 26/11/2024 12:58 PM	

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

IDENTIFICACIÓN 17830014	**NOMBRES Y APELLIDOS** GEDILFREDO BRITO	**TELÉFONO** 3016985105	**PERENTESCO** PADRE

DATOS CONSULTA

	Motivo de Consulta
26/11/24	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL - PYM / ADULTEZ

	Enfermedad Actual
26/11/24	PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SORDOMUDEZ QUE INGRESA EN COMPAÑIA DE SU PADRE (GEDILFREDO BRITO CON C.C 17830014) AL PROGRAMA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN RUTA DE ADULTEZ. ACTUALMENTE EN BUEN ESTADO GENERAL. PACIENTE HIDRATADA. AFEBRIL HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE Y VIA ORAL. SE ORDENAN PARACLLINICOS, VALORACION POR ODONTOLOGIA Y NUTRICION

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES

Diabetes	NO	Hipertension	NO	Cardiopatia	NO	Tuberculosis	NO
EPOC	NO	Asma	NO	Cancer	NO	Alergicos	NO
Dislipidemia	NO	Insulinoresistencia	NO	Obesidad	NO	Anemia	NO
ITS	NO	Quirurgicos	NO	Traumatismos	NO	Consumo de Alcohol	NO
Consumo de Tabaco	NO	Toxicoambientales	NO	Uso de Medicamentos	NO	Drogadicción	NO
Problemas Visuales	NO	Sensoriales	NO	Otros antecedentes	NO		

ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES

Hipertension	NO	Diabetes	NO	Cardiovascular	NO	Dislipidemia	NO
Cancer	NO	Enfermedad coronaria	NO	Cerebrovasculares	NO	Enfermedad	NO
Convulsiones	NO	Asma	NO	Alergias	NO	Esquizofrenia	NO
Glaucoma	NO	Enfermedad Mental	NO	Tabaquismo	NO	Trastorno afectivo	NO
Alcoholismo	NO	Sustancias Psicoactivas	NO	Conducta suicida	NO	Otros antecedentes	NO

FACTORES DE RIESGO Y PRACTICAS Y HÁBITOS SALUDABLES

HIGIENE CORPORAL DIARIA.
HIGIENE ORAL DOS VECES AL DIA.
REALIZA ACTIVIDAD FISICA UNA VEZ A LA SEMANA DURANTE 1 HORA.
ADECUADO PATRON INTESTINAL, DIURESIS POSITIVA.

CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS

CONSUMO Y HABITOS ALIMENTICIOS: CONSUME 3 COMIDAS AL DIA, PARTICULARMENTE DE BAJOS CONTENIDOS EN GRASAS SATURADS Y MODERADO CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

DOY RECOMENDACIONES SOBRE LOS DERECHOS A TENER UNA identidad u orientación sexual, edad, género, país o religión.

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Yina marcela Sarlado Sermeño			CC	1123404·195	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
31-03-2006	Dibulla		La Guajira	Dibulla	colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
20 AÑOS	Hombre		Caja copi	-Dificultad Cognitiva -Problema relacionado con la Alimentacion de las	
	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:		calle 1 # 9-50	
Barrio / Vereda		Jorge Perez	
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:
Yamileth Del Rosario	CC ↘	CE	PP	1123 402 196
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
madre	madre			calle 1 # 9-50
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
312 674 35 23				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

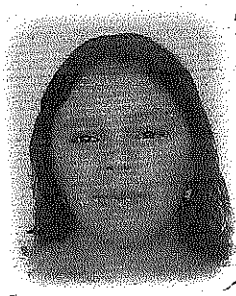
¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?
NO		

4-496

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.404.195



Apellidos
SARGADO SERMEÑO

Nombres
YINA MARCELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.40

Sexo
F

Fecha de nacimiento
31 MAR 2006

G.S.
B-

Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
26 ABR 2024, DIBULLA

Firma

NO FIRMA

Fecha de expiración
20 MAYO 2034

.CO

046712167

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0467121674480O5<<<<<<<<<<
0603319F3405204COL1123404195<3
SARGADO<SERMENO<<YINA<MARCELA<

4-497

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
YINA	MARCELA	SARGADO	SERMEÑO

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: 1123404195

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	9	30

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	62.50
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	70.00
Participación	92.86
GLOBAL	68.81

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b167.1 b330.1

2. Codigos Estructuras Corporales

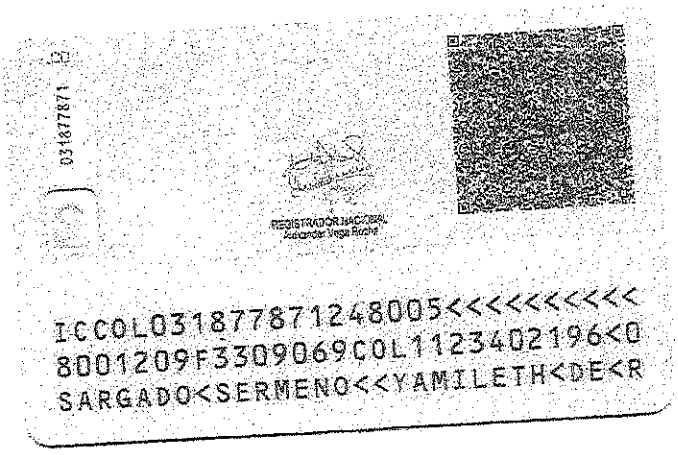
s110.378 s140.378

3. Codigos Actividades y Participación

d310.2 d598.4 d730.2

4-498


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.123.402.196
SARGADO SERMEÑO
YAMILETH DEL ROSARIO
COL
1.45
F
20 ENE 1980
O+
DIBULLA (LA GUAJIRA)
03 MAYO 2007, DIBULLA
06 SEPT 2033
FIRMA
HUELLA


031877871
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL0318778712480O5<<<<<<<<<<<
8001209F3309069COL1123402196<0
SARGADO<SERMENO<<YAMILETH<DE<R

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 1123404195 **SARGADO SERMEÑO YINA MARCELA** **M, 19 Años (31-Mar-2006)**

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: invasión - Teléfono: 1111111111 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: -BARRIO SIN DATO (Zona Urbana), Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: SERMEÑO (MADRE) - Dirección: - Teléfono: 0000000

Apertura HISTORIA DE PSICOLOGIA del 15-Sep-2025 07:16 pm: 19 Años

Id: 168776

***

MOTIVO DE CONSULTA

VALORACION POR PSICOLOGIA PACIENTE CON POSIBILIDAD DE PROBLEMAS COGNITIVOS LEVES.

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

MADRE CON DIFICULTAD COGNITIVA Y HERMANO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

**** Cuestonario para Historia de Psicologia ****

FAMILIA

Nucleo Familiar: NUCLEAR

Tipo de Relacion con la Familia: NO REFIERE, LA PACIENTE POCO SE COMUNICA DEBIDO A SU DIFICULTAD EN EL HABLA.

ENTORNO SOCIAL

Amigos: POCOS

Instituciones Educativas: NO REFIERE

Instituciones Religiosas: NO REFIERE

Trabajo:

PERDIDAS Y DUELOS

Perdida Significativa: NO REFIERE

Duelo: NO REFIERE

EXAMEN FISICO

PORTE:

Limpio: No

Ordenado: No

Extravagante: Si

Inapropiado: No

CONCIENCIA:

Obnulacion: No

Confuso: Si

Delirios: No

Estados Oniricos y de Fuga: No

ACTITUD

Coopera: Si

Franco: Si

Abierto: Si

Temeroso: No

Hostil: No

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO
Identificación: CC 1123404195 **SARGADO SERMEÑO YINA MARCELA** **M, 19 Años (31-Mar-2006)**

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

Amhedomia: No

Disociacion ideoafectiva: No

Dispersonalizacion: No

Afecto inapropiado: No

Afecto insuficiente: 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: --
[440900022706] PUESTO DE SALUD DE CAMPANA

****Evolución del 15-Sep-2025 07:16 pm: 19 Años**
Id: 234245

Fecha de grabación: 15-Sep-2025 07:52 pm

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

EXAMEN MENTAL

PACIENTE CON NOTORIA DIFICULTAD COGNITIVA LEVE, POCA COMUNICACION, SE MOSTRO TIMIDA AL INICIO DE LA CHARLA, ACOMPAÑADA DE SU MADRE EN TODO MOMENTO ES COHERENTE EN EN COMO ACTUA, AUNQUE EN OCASIONES NO TIENE LA CAPACIDAD DE COORDINAR LO QUE VERBALIZA CON LO QUE ACTUA LA MOTRICIDAD ES BRUSCA, DEBIDO A SU DIFICULTAD.

CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO

LA PACIENTE FUE VALORADA POR PSICOLOGIA SE LE BRINDA CHARLA DE DE HIGIENE PERSONAL Y PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, LA MADRE MANIFIESTA QUE LA JOVEN YA TUVO UNA RELACION DE CONVIVENCIA CON UN ADULTO, LA CUAL YA NO SE PRESENTA VIVE ACTUALMENTE CON LA MAMA Y EL PARA Y EL HERMANO, ACTUALMENTE NO TIENE NOVIO PERO ESTA PLANIFICANDO, ES CONCIENTE DE SU ANTERIOR RELACION SEGUN LOS VERBALIZO LA MENOR, AHORA MANIFIESTA NO QUIERE TENER NOVIO, SE MOSTRO ACTIVA EN TODA EL TALLER EDUCATIVO.

****FECHA PROXIMA CITA****

4.501

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Yureisys Patricia valle oñate			cc	1123401084	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
14-09-2024	Dibulla		La Guajira	Dibulla	colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
21 años	Hombre		Caja de Compensación Familiar	Encefalopatia Por kernicteros	
	Mujer	✓			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física-auditiva-Intelec Psicosocial-multiple	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

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

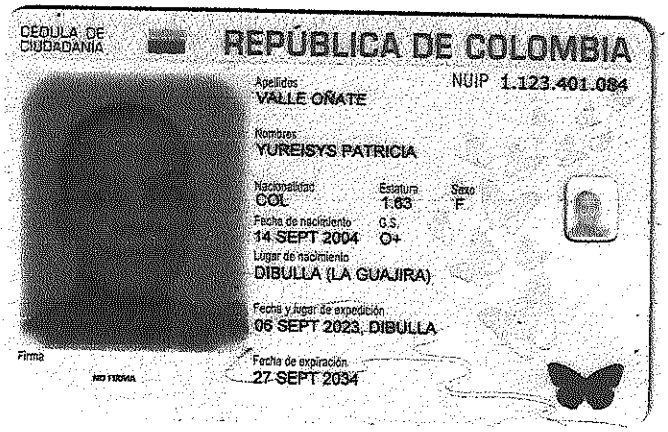
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Alexis oñate cabarcas	CC ✓	CE	PP	48770960
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
mamá	Mamá			B/ 20 enero
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			

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?

4-502



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.401.084

Apellidos
VALLE OÑATE

Nombres
YUREISYS PATRICIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.63

Sexo
F

Fecha de nacimiento
14 SEPT 2004

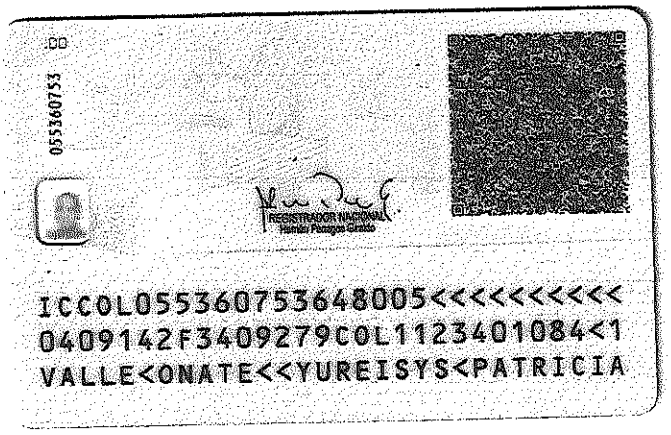
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
06 SEPT 2023, DIBULLA

Firma
NO FIRMA

Fecha de expiración
27 SEPT 2034



CO

055360753

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL055360753648005<<<<<<<<<<
0409142F3409279COL1123401084<1
VALLE<ONATE<<YUREISYS<PATRICIA

4-503

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
YUREISYS	PATRICIA	VALLE	OÑATE

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: 1123401084

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	15

2.3 Departamento	2.4 Municipio
LA GUAJIRA	DIBULLA

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI	X	NO	
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	75.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	75.00
GLOBAL	73.33

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3 b249.3 b799.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378 s599.378 s799.378

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d4602.3 d598.3

4.504

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, *YUREISYS PATRICIA VALLE OÑATE* manifiesto que: *SI*

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

Alexis Oñate Cabarcas

Nombre y Firma

Documento: TI-1123401084

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

IPS PEDIATRICA PASTOR Y MARIA S.A.S.

4.504

IPS PEDIATRICA PASTOR Y MARIA
Dignificando la salud del Niño

900780041-2
Calle 10 # 5-58
7287154 - 7285018 Cel: 315 312 2272

Datos del Paciente:

Identificación:	TI - 1123401084	**Nombre:**	YUREISYS VALLE OÑATE		
Dirección:		**Municipio:**		**Teléfono:**	
Fecha Nacimiento:	15 Años	**Edad:**	15 Años	**Sexo:**	F
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA				

HISTORIA CLINICA ESPECIALIZADA

Fecha/Hora
27/09/2019 08:08:00 AM

MOTIVO DE LA CONSULTA

TRASTORNO NEUROMOTOR

ENFERMEDAD ACTUAL

ADOLESCENTE FEMENINO DE 15 AÑOS, CON TRASTORNO NENUROMOTOR SECUELAR POR ENCEFALOPATIA POR KERNICTERUS (BILRRU T 39 GR/DL AL 3 ° DIA DE VIDA), POSTERIOR A LO CUAL PRESENTA CUADRIPARESIA DISTONICA Y DISCAPACIDAD COGNITIVA, NO RECIBE ASISTENCIA MULTIDISCIPLINARIA. DEGLUTE Y MASTICA CON DIFICULTAD. REGULA ADECUADAMENTE EL CICLO VIGILIA SUEÑO.

EXAMEN FÍSICO: VIGIL, SE DEJA EXAMINAR. PARES CRANEALES IMPRESIONA APARENTEMENTE NORMALES, (NO SE EXPLORAN I PAR), FM ASIMÉTRICA, IV/VI, SIENDO LOS MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS ESPONTÁNEOS Y ASIMÉTRICOS, MENORES EN HEMICUERPO DERECHO, CON DISTONIA EN LOS 4 MIEMBROS, DESCOMPOCISICON DEL MOVIMIENTO VOLUNTARIO EN MIEMBROS IZQUIERDOS. TONO INADECUADO, AUMENTADO EN LOS 4 MIEMBROS, HAY POSTURA DE TORSION, REFLEJOS MIOTÁTICOS ASIMÉTRICOS II/IV DERECHOS, NO CLONUS. REFLEJOS CUTÁNEO - ABDOMINALES PRESENTES. COORDINACIÓN NO EVALUABLE, MARCHA SE OBSERVAN MARCHA HEMIPARETICA DERECHA, CON ROTACION EXTERNA DEL MSIS Y ABDUCCION DEL MSSS DURANTE EL BALANCEO, HAY ARRASTRE DEL MSIS DERECHO, NO EXISTE FASE DE PROPULSIÓN, HAY APOYO EN BLOQUE. SENSIBILIDAD DOLOROSA, CONSERVADA. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO GENERAL NORMAL Y NO PERTINENTE.

ANTECEDENTES PERSONALES

.

ANTECEDENTES FAMILIARES

.

SIGNOS VITALES

Peso (en Kg)	37.5
Talla (en Metros)	.
Frecuencia Respiratoria	.
Frecuencia Cardiaca	.
Tension Arterial	.
Temperatura	.
Saturación de Oxígeno	.

ESQUEMA DE VACUNACION

.

EXAMEN FISICO

Cabeza Y Cuello	SLA
Oidos, Nariz, Garganta	NO REFIERE
Tórax	NO REFIERE
Abdomen y Lumbar	NO REFIERE
Sistema Genito-Urinario	NO REFIERE
Extremidades y Pelvis	NO REFIERE
Sistema Neurológico	NO REFIERE
Piel y Faneras	NO REFIERE
Sistema Osteo-Muscular	NO REFIERE
Estado Mental	NO REFIERE

IMPRESION DIAGNOSTICA

ENCEFALOPATIA POR KERNICTERUS.

IPS PEDIATRICA PASTOR Y MARIA S.A.S.

4.505

IPS PEDIÁTRICA PASTOR Y MARIA
Dignificando la salud del Niño

900780041-2
Calle 10 # 5-58
7287154 - 7285018 Cel: 315 312 2272

Datos del Paciente:

Identificación:	TI - 1123401084	**Nombre:**	YUREISYS VALLE OÑATE	**Teléfono:**	
Dirección:		**Municipio:**		**Sexo:**	F
Fecha Nacimiento:	15 Años	**Edad:**	15 Años		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA				

Fecha/Hora
27/09/2019 08:08:00 AM

HISTORIA CLINICA ESPECIALIZADA

PLAN

SS/. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR TERAPIA FISICA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 24 SEMANAS, TOTAL 72 SESIONES).
SS/. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA (TERAPIA DEGLUTORIA, 3 SESIONES POR SEMANA DURANTE 24 SEMANAS, TOTAL 72 SESIONES).
SS/. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR TERAPIA DE OCUPACIONAL (3 SESIONES POR SEMANA DURANTE 24 SEMANAS, TOTAL 72 SESIONES).
. RMN CEREBRAL REQUIERE SEDACION.
SS/. VALORACIÓN POR GASTROPEDIATRIA.
SS/. VALORACIÓN POR FISIATRIA. (CONSIDERAR UTILIDAD DE TOXINA BOTULINICA).
SS/. VALORACIÓN POR ORTOPEDIA. (PARA PREVENCION DE ESCOLIOSIS DE ORIGEN NEUROMUSCULAR).
SS/. CITA CONTROL MARZO, 2020.
CARBAMAZEPINA TAB 200 MG. 1 TABLETA CADA 12 HORAS, PARA 6 MESES. (CANTIDAD TOTAL POR MES 60 TAB DE 200 MG C/U).

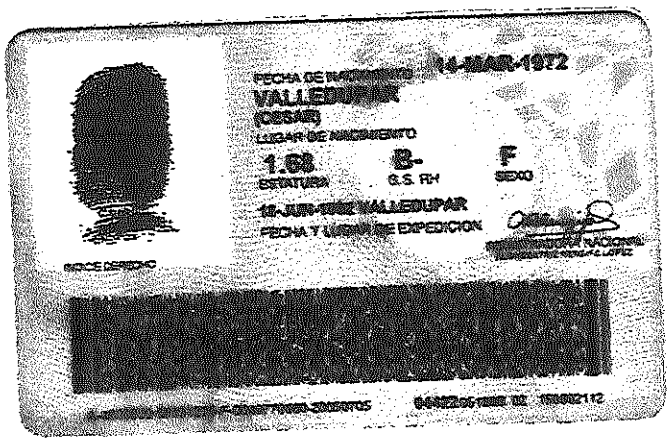
Diagnóstico Principal:	G803 - PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA
Diagnóstico Relacionado 1:	F700 - RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO
Tipo de Diagnóstico:	1 - Impresión Diagnóstica

Médico: HERMAN MEZA BELISARIO MEZA
Especialidad: PEDIATRA-NEUROLOGO PEDIATRA
T.P. RM53815

I.P.S.
PEDIATRICA
PASTOR Y MARIA S.A.S
NIT 900 780 041-2

4. 506


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
APELLIDOS
NOMBRES
Oñate


FECHA DE NACIMIENTO
VALLEDUPAR
CESAR
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

4.507

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Josei Enrique Zabaleta Rodelo			T.I	1.118.863.136	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
06-11-2014	Riohacha-		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
11 años	Hombre	✓	Caja Capi Sub	-Astigmatismo -Amsometropia y anisoiconia -Ambliopia ex Anopsia	
	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		Maicao	
Dirección de vivienda:					
Barrio / Vereda		Jose Amaya			
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:
Bertilda Rodelo Peñaloza		CC ✓	CE	PP	40.931.770
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Madre	Madre				B/ Jose Amaya
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3122082864		NO			

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	Lunes a Viernes	Mañana

4-508

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

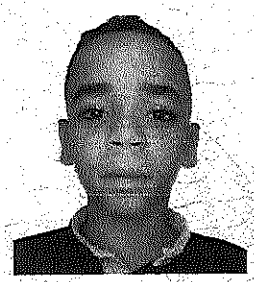
NÚMERO **1.118.863.136**
ZABALETA RODELO

APELLIDOS
JOISER ENRIQUE

NOMBRES



FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **06-NOV-2014**
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

06-NOV-2032 **B+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

04-ABR-2023 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RINCON

ÍNDICE DERECHO



P-4800500-01350284-M-1118863136-20230405 0103277332A 1 8507816373

4. 509

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

Paciente: ZABALETA RODELO JOISER ENRIQUE **Documento:** TI 1118863136
Fecha Nacimiento: 06/11/2014 **Género:** M

11/11/2025 11:15:18 FOCA Evento N 7094076 DRA LAURA PULIDO PED.POS-CONTINGEN(Edad: 11 años

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual

Motivo de consulta: EDAD: 11 AÑOS EN COMPAÑIA DE LA MADRE (BERTILDA RODELO) PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD Y MUY BAJO PESO AL NACIMIENTO, REMITIDO DE OFTALMOLOGIA GENERAL POR PRESENTAR ANISOMETROPIA MIOPICA IZQUIERDA, ASTIGMSTISMO AO Y AMBLIOPIA REFRACTIVA OI. NO HA USADO GAFAS

Examen Ocular

Examen normal AO Método : Aplanación Dilatación

Externo OD: EM: ORTOTROPIA MOTILIDAD: DUCCIONES Y VERSIONES CONSERVADAS CONVERGENCIA SUFICIENTE
Externo OI: EM: ORTOTROPIA MOTILIDAD: DUCCIONES Y VERSIONES CONSERVADAS CONVERGENCIA INSUFICIENTE

P/P/L OD: Dentro de limites normales
P/P/L OI: Dentro de limites normales

Conjuntiva/Esclera OD: Normocrómica
Conjuntiva/Esclera OI: Normocrómica

Córnea OD: Transparente
Córnea OI: Transparente

Cámara anterior OD: Formada, no celulas
Cámara anterior OI: Formada, no celulas

Iris OD: Dentro de limites normales, reactivo MIDRIASIS FARMACOLÓGICA
Iris OI: Dentro de limites normales, reactivo MIDRIASIS FARMACOLÓGICA

Cristalino OD: Cristalino trasparente
Cristalino OI: Cristalino trasparente

Retina/Vitreo OD: LENTE 28 DRETINA APLICADA. MÁCULA DE ASPECTO NORMAL . EMERGENCIA CENTRAL DE VASOS. VITREO CLARO
Retina/Vitreo OI: LENTE 28 DRETINA APLICADA. FONDO COROIDEO. MÁCULA DE ASPECTO NORMAL . EMERGENCIA CENTRAL DE VASOS. VITREO CLARO

Nervio óptico OD: DISCO ÓPTICO DE BORDES DEFINIDOS, EXCAVACIÓN 0,2. EMERGENCIA CENTRAL DE VASOS RETINIANOS.
Nervio óptico OI: DISCO ÓPTICO DE BORDES DEFINIDOS, EXCAVACIÓN 0,3. EMERGENCIA CENTRAL DE VASOS RETINIANOS.

Análisis y plan: IDX: ANISOMETROPIA MIOPICA IZQUIERDA, ASTIGMSTISMO AO AMBLIOPIA REFRACTIVA OI ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD PLAN: 1. USO DE GAFAS DE FORMA PERMANENTE (SE IMPRIME FORMULA DE LENTES) 2. BIOMETRIA AO (LONGITUD AXIAL) 3. FOTOCOLOR AO 4. TOPOGRAFIA CORNEAL AO 5. TERAPIA DEL PARCHE: PARCHAR 2 HORAS AL DÌA EL OJO DERECHO (PARA ESTIMULAR LA VISIÓN DEL OJO IZQUIERDO) , USANDO LAS GAFAS. SE DEBE PARCHAR TODOS LOS DÍAS. 5. CONTROL CON RESULTADOS CON OFT PEDIATRICA EN 4 MESES6. REGULAR EL USO DE PANTALLAS NOTA: SE RECOMIENDA UBICAR AL PACIENTE CERCANO AL TABLERO EN EL SALON DE CLASES

Impresión diagnóstica

CIE-10 H522 ASTIGMATISMO AO Médico: LPN principal

CIE-10 H523 ANISOMETROPIA Y ANISEICONIA OI Médico: LPN principal

CIE-10 H530 AMBLIOPIA EX ANOPSIA OI Médico: LPN principal

Análisis y plan

Análisis y plan: IDX: ANISOMETROPIA MIOPICA IZQUIERDA, ASTIGMSTISMO AO AMBLIOPIA REFRACTIVA OI ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD PLAN: 1. USO DE GAFAS DE FORMA PERMANENTE (SE IMPRIME FORMULA DE LENTES) 2. BIOMETRIA AO (LONGITUD AXIAL) 3. FOTOCOLOR AO 4. TOPOGRAFIA CORNEAL AO 5. TERAPIA DEL PARCHE: PARCHAR 2 HORAS AL DÌA EL OJO DERECHO (PARA ESTIMULAR LA VISIÓN DEL OJO IZQUIERDO) , USANDO LAS GAFAS. SE DEBE PARCHAR TODOS LOS DÍAS. 5. CONTROL CON RESULTADOS CON OFT PEDIATRICA EN 4 MESES6. REGULAR EL USO DE PANTALLAS NOTA: SE RECOMIENDA UBICAR AL PACIENTE CERCANO AL TABLERO EN EL SALON DE CLASES

RM 829637

ProgramasToP

4. 512

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
JOISER	ENRIQUE	ZABALETA	RODELO

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: 1118863136

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		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	91.67
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	61.11
Participación	39.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2100.3 b2101.3 b2102.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.322

3. Codigos Actividades y Participación

d310.4 d350.4 d760.4

4.513

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.931.770
RODELO PEÑALOZA

APELLIDOS
BERTILDA RUBIELA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1972
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

04-MAR-1996 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800100-00257167-F-0040931770-20100924 0024061252A 1 7840918741

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Edelmira Guerrero de Palomino			CC	26.733 747	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
04-10-1952	Astrea		Cesar		Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
73 años	Hombre		Caja copi	Lumbago	
	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:		CR 10 A N° 625	
Barrio / Vereda		20 de enero	
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:
Adriano Palomino Barraza	CC ✓	CE	PP	5.013394
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Esposo	Esposo			CR 10A N°625
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3145848266 - 3216621502				

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 26.733.777
GUERRERO De PALOMINO
APELLIDOS
EDELMIRA
NOMBRES
Edelmira Guerrero
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1952
ASTREA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-OCT-1980 CHIRIGUANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00213404-F-0026733777-20100208 0020722579A 1 25543043

4-516

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
EDELMIRA		GUERRERO	DE PALOMINO
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: 26733777

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
2025	5	26

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	80.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2 b730.2 b7603.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.3 d4154.4 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
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 de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

CAJACOPI EPS SAS
Nit 901.543.211-6

Autorización de Servicios 4.58

Número 4409000039442

DIBULLA

FISIOTERAPIA

Beneficiario

Nombre	GUERRERO DE PALOMINO EDELMIRA			Fecha:	01/08/2024
Identificacion:	CC 26733777	Sexo:	F	Nacimiento:	04/11/1952
Sede Afiliado:	DIBULLA	Fecha Afiliacion:	17/11/2022	Regimen:	SUBSIDIADO
Direccion:	CL 7 CR 8 campo alegre	Contrato Admin:	24	Modalidad:	
Telefonos:	0000000	Correo:	luisahernandez.1600@gmail.com		

Vence:	30/10/2024			
Diagnostico:	M170			
Nivel:	0			
Estado AFI:	ACTIVO			

Reng	Codigo	Servicio	Cantidad
1	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	12

Medico Tratante: CARLOS MONTERO

Observacion: PACIENTE QUE INGRESA CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DOLOR A NIVEL DE RODILLA EN BILATERALES ACOMPANADO DE DIFICULTAD PARA LA MARCHA

Numero	Fecha	Ubic. paciente	Servicio/cama
0	26/07/2024	Consulta Externa	

Imputable a: Administradora

ESTE VALOR DE AUTORIZACION ESTA SUJETO A AUDITORIA MEDICA

MIPRES: 0

Prestador

Identificacion: 900778696
Nombre: FUNDACION FLORECER B.D.G.
Direccion: CL 13 20 71 BRR ALTO PRADO
Telefono: 3114172501
Ciudad: FONSECA

Recibo a Satisfacción

Firma del Usuario

Fecha de impresion: 09/08/2024 00:10
GENESIS

Autorizado por: ACUÑA GONZALEZ YULIBETH ELENA

www.cajacopieps.com

4409000039442

4-519

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente ADRIANO PALOMINO BARRAZA **Identificacion** 5013394

Direccion **Ciudad** DIBULLA

Teléfono **Asegurador** CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

ORDEN DE SERVICIO

No.: 6838076 **Edad del paciente:** 60 años 7 meses y 16días **Fecha de la nota:** 18/07/2024 10:40:45 p. m.

DESCRIPCIÓN

ORDEN DE SERVICIO	883230 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE
DESCRIPCION	.
ORDEN DE SERVICIO	931000 TERAPIA FISICA INTEGRAL
DESCRIPCION	.24 FORTALECIMIENTO PARA VERTEBRALES BAJOS
ORDEN DE SERVICIO	39143 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
DESCRIPCION	.CON RESULTADO
ORDEN DE SERVICIO	9038251 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS
DESCRIPCION	.

Dx Ppal.: M544 LUMBAGO CON CIATICA

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

CARLOS ANDRES MONTERO MARULANDA

RM RM - 0318

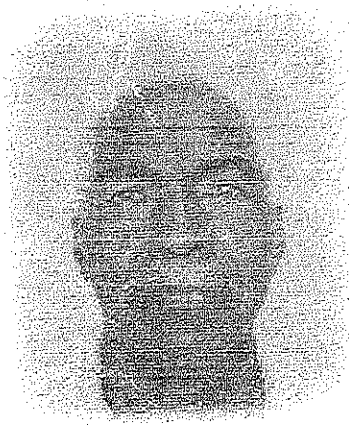
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

4.522

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 5.013.394



Apellidos
PALOMINO BARRAZA

Nombres
ADRIANO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.80

Sexo
M

Fecha de nacimiento
02 DIC 1953

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ASTREA (CESAR)

Fecha y lugar de expedición
21 MAR 1975, CHIRIGUANA

Firma

Fecha de expiración
29 MAYO 2035

.CO

062038214

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL062038214812375<<<<<<<<<<
5312021M3505296COL5013394<<<<7
PALOMINO<BARRAZA<<ADRIANO<<<<<

Para ingresar

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo Identificación:	Número		
Kenisha Zamay Ojeda Epiayu			TC.	1123413808		
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:	
03-02-2015	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia	
Edad:	Sexo:		EPS/IPS:	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:	
10 Años	Hombre		Dusakawi	Microcefalia		
	Mujer	✓				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPCD	
Física, intelectual Psicosocial Sordoceguera.			Sí —	NO	Sí	NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:		
Sí	NO	La Guajira		Weipaipa		
Dirección de vivienda:						
Barrio / Vereda		Weipaipa				
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:
Daileth Ipuana Ipuana		CC —	CE	PP	26976896
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Madrasta	Madrasta.				Weipaipa
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3167760065 - 3206010309					

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	Todos los días	Mañana

4-524

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.123.413.808
OJEDA EPIAYU
APELLIDOS
KENISHA ZAMAY
NOMBRES

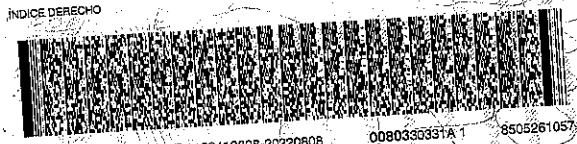
NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-2015
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
03-FEB-2033
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
G.S. RH
F
SEXO
28-JUL-2022 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



ÍNDICE DERECHO



P-4800500-01313340-F-1123413808-20220808 0080330331A 1 8505261057

4.525

GRUPO IMB IPS SAS

901182049-9

Teléfonos: 7272254-3126112626

Dirección: CALLE 11A # 12 - 90 - RIOHACHA

Atención N° 0100134173
Fecha de Atención: 05/04/2025

1123413808
Paciente: OJEDA EPIAYU KENISHA ZAMAY

ORDEN MÉDICA

Datos del afiliado

Identificación: RC 1123413808 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 03/02/2015 **Edad:** 10 años, 2 meses, 2 días
Departamento: La Guajira **Ciudad:** DIBULLA
Dirección: COMUNIDAD WEPIAPAA MUNICIPIO DE DIBULLA **Zona:** Rural
Ocupación: No Aplica
Contratante: DUSAKAWI EPSI **Autorizacion:**
Teléfonos: 3205514340 **Plan:** SUB EVENTO SUBSIDIADO
Grupo Poblacional: **Especialidad:** Neurologia pediatrica
Profesional: 1127961710 - CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO

Diagnósticos

Principal [Definitivo]: (Q02X) MICROCEFALIA.
Relacionado [Presuntivo]: (R620) RETARDO EN DESARROLLO.

PROCEDIMIENTOS

Código	Prescripcion	Cantidad
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
940700	ADMINISTRACION DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) NCOC OBSERVACION: 4 sesiones estudio cognitivo	4
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA OBSERVACION: 12 veces al mes por 4 meses total 48 terapias	48

CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO
Neurologia pediatrica
N° Registro:

Imprime: YOSIBEL ANDREINA MEJIA

GRUPO IMB IPS SAS
901182049-9
Teléfonos: 7272254-3126112626
Dirección: CALLE 11A # 12 - 90 - RIOHACHA

1123413808
Paciente: OJEDA EPIAYU KENISHA ZAMAY

ORDEN MÉDICA

Datos del afiliado

Identificación: RC 1123413808 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 03/02/2015 **Edad:** 10 años, 2 meses, 2 dias
Departamento: La Guajira **Ciudad:** DIBULLA
Dirección: COMUNIDAD WEPIAPAA MUNICIPIO DE DIBULLA **Zona:** Rural
Ocupación: No Aplica
Contratante: DUSAKAWI EPSI **Autorizacion:**
Teléfonos: 3205514340 **Plan:** SUB EVENTO SUBSIDIADO
Grupo Poblacional: **Especialidad:** Neurologia pediatrica
Profesional: 1127961710 - CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO

Diagnósticos

Principal [Definitivo]: (Q02X) MICROCEFALIA.
Relacionado [Presuntivo]: (R620) RETARDO EN DESARROLLO.

CONSULTAS E INTERCONSULTAS

Código	Prescripcion	Cantidad
890448	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	1
890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	1
	OBSERVACION: Cita agosto del 2025	

CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO
Neurología pediatrica
N° Registro:

GRUPO IMB IPS SAS
901182049-9
Teléfonos: 7272254-3126112626
Dirección: CALLE 11A # 12 - 90 - RIOHACHA

Atención N° 0100134173
Fecha de Atención: 05/04/2025

1123413808
Paciente: OJEDA EPIAYU KENISHA ZAMAY

HISTORIA CLINICA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

Evaluación por genética médica.
Evaluación por neuropsicologia nivel cognitivo 4 sesiones
Cita agosto del 2025

CARLOS ALBERTO TAFUR ALVARINO
Neurologia pediatrica
N° Registro:

Imprime: YOSIBEL ANDREINA MEJIA.

4529

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
KENISHA	ZAMAY	OJEDA	EPIAYU

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: 1123413808

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	19

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	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	41.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	42.86
GLOBAL	32.84

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3 b398.3 b598.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.378 s199.378 s298.373

3. Codigos Actividades y Participación

d310.1 d820.2 d910.2

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Amparo Felicia Suarez de la Sierra			CC.	57438166	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
22-05-1955	Santa Marta		Magdalena	Sta Marta	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
70 Años	Hombre		Cajacopi	Gonartrosis de Rodillas	
	Mujer	↘			

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física - visual - multiple	SÍ ↘	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO	La Guajira	casa Japón (Mingueo)
Dirección de vivienda:		casa Japón	
Barrio / Vereda		vereda casa Japon	
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:
Argenis Aparicio	CC ↘	CE	PP	
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Yerna				vereda casa japón
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
314 611 44 79				

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?

4.533

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.438.166

SUAREZ DE LA SERDA
APELLIDOS

AMPARO FELICIA
NOMBRES

FIRMA



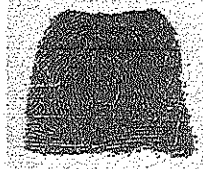
FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1955
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-NOV-1991 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ELKIN CASTRO BERNIS LOPEZ

INDICE DERECHO



A-4800500-69146437-F-0057438166-20060406 0654306028502 204554834

4534

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
AMPARO	FELICIA	SUAREZ	DE LA SERDA

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: 57438166

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		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	8.33
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b229.3 b729.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.372 s750.378 s798.378

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 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
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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.

4-536

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente AMPARO FELICIA SUAREZ DE LA SERDA **Identificacion** 57438166

Direccion CASA JAPON MINGUEO **Ciudad** DIBULLA

Teléfono 3146114479 **Asegurador** CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

HISTORIA CLÍNICA DE CONTROL MED. ESPECIALIZADA

No.: 3841545 **Edad del paciente:** 67 años 10 meses y 24 días **Fecha de la nota:** 15/04/2023 12:59:39 p. m.

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE QUE INGRESA CON CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DOLOR A NIVEL DE RODILLA EN BILATERALES ACOMPAÑADO DE DIFICULTAD PARA LA MARCHA, PARA SUBIR ESCALERAS, NIEGA TRAUMATISMO REFIERE QUE HA TOMADO ANALGÉSICOS Y DOLOR PERSISTE AL EXAMEN FÍSICO PRESENCIA DE DOLOR S A NIVEL DE SUPERFICIE ARTICULAR DE RODILLA BILATERALES, EFUSIÓN ARTICULAR MODERADA SEVERA, DEFORMIDAD EN VALGO, PRESENCIA DE MARCHA ANTÁRTICA SE REALIZO INFILTRACION CON MEJORIA CLINICA EVIDENTE SE INDICA TERAPIA FISICA,AINES, INFILTRACION + ASPIRACION ARTICULAR CONTROL 1 MES

Examen Físico

CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
Normal	80	120

Clasificación antropométrica (IMC)	I.M.C	PESO (kg)	TALLA (Cms)
Bajo de peso	17.9	43	155

F. CARDÍACA (Lat*Min)	F. RESPIRATORIA (Res/Min)	TEMPERATURA. (°C)
74	16	37

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

S.N.C NORMAL

OTROS HALLAZGOS NORMAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA GONARTROSIS DE RODILLAS

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

PLAN O MANEJO VOM

4. 539

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente AMPARO FELICIA SUAREZ DE LA SERDA **Identificacion** 57438166

Direccion CASA JAPON MINGUEO **Ciudad** DIBULLA

Teléfono 3146114479 **Asegurador** CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS

FORMULACIONES

No.: 3841553 **Edad del paciente:** 67 años 10 meses y 24 días **Fecha de la nota:** 15/04/2023 1:03:20 p. m.

FORMULACIONES

DESCRIPCIÓN

ETORICOXIB TAB 90 MG # 28
USO TOMAR UNA TAB CADA 8 HORAS X 14 DIAS
TIOCOLCHICOSIDO TAB 4 MG #30
USO TOMAR UNA TAB CADA 12 HORAS X 15 DIAS
ACETATO DE TRIANCINOLONA AMP 10 MG (KENACORT) # 1
USO INTRAARTICULAR

Dx Ppal.: M179 GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA

Dx Rel.1:

Dx Rel.2:

Dx Rel.3:

CARLOS ANDRES MONTERO MARULANDA

RM RM - 0318

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

4.540

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **57.294.212**
BARRAGAN APARICIO
APELLIDOS
ARGENIS MARTINA
NOMBRES

Argenis Barragan
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1982**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

13-JUL-2001 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01319342-F-0057294212-20220920 0085893112G 2 8505228556

FLORECER

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Esp Liberto Rodriguez Pinto			TI	1.123 013 409	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
7/03/2015	Riohacha		La Guajira	Riohacha	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
10	Hombre	c	Coosalud EOPI	Autismo Severo	
	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		Maicao	
Dirección de vivienda:		Calle 6			
Barrio / Vereda		7 de Junio			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ x	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO x	¿Cuál? Desplazamiento forzado	
Género		Femenino			
		Masculino x			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Maria Jose Pavajeau		CC✓	CE	PP	1.085 008 736
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
mama	mama				
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
317 682 97 96					

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?

4.542

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.123.413.949
RODRIGUEZ PAJARO
APELLIDOS
EDILBERTO JOSE
NOMBRES

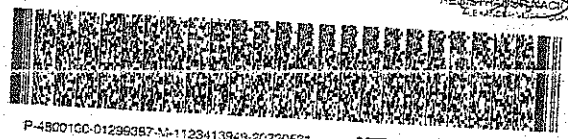


NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-2015
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-MAR-2033
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
18-MAY-2022 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P-4800100-01299387-M-1123413949-20220531 0079483094A 1 8504781068

4.543

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
EDILBERTO	JOSE	RODRIGUEZ	PAJARO

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: 1123413949

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	8	8

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	0.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	5.00
Participación	64.29
GLOBAL	36.55

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.2 b140.3 b399.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.288 s399.288

3. Codigos Actividades y Participación

d310.2 d598.3 d910.3

4.544

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, *EDILBERTO JOSE RODRIGUEZ PAJARO* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

María José R. E.
Nombre y Firma

1085008736
Documento: RC-1123413949

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 B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	EDILBERTO JOSE RODRIGUEZ PAJARO	**Tipo de Documento**	TI	**Identificacion**	TI 1123413949
Fecha Nac	24/03/2015	**Edad**	10 años	**Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3232204305 3104592678		
Escolaridad	Preescolar	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	RURAL		
Direccion	CALLE 8 # 125 BARRIO 20 DE ENERO MINGUEO				
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	BENEFICIANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

HISTORIA CLÍNICA DE PRIMERA VEZ MED. ESPECIALIZADA

No.: 8071022 **Edad del paciente:** 10 años 19días **Fecha de la nota:** 12/04/2025 8:33:53 a. m.

Datos Personales

OCUPACIÓN
Otros

ZONA
Urbana

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

SE TRATA DE ESCOLAR DE SEXO MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE LA CUAL MANIFIESTA QUE LO TRAE A CONSULTA MEDICA DE CONTROL, HOY ACUDE SIN LABORATORIOS NI NEUROIMAGENES, PACIENTE QUIEN RECIBE TERAPIA INTEGRAL, AL MOMENTO PACINTE DEPENDIENTE DE CUIDADO MATERNO, PACEINTE EN SEGUIMEINTO POR AUTISMO PERO NO TIENE VALORACIONES POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, MADRE REFEIRE OCASIONALM,ENTE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS TIPO ESPASMOS, EN ESPERA DE SUEÑO NOCTURNO INTRANQUILO, DURANTE EL DIA IRRITABLE, INTRANQUILO COMPORTAMIENTO AGRESIVO Y AUTOAGRESION,

DIURESIS Y EVACUACIONES SIN ALTERACION. CON BAJO PESO
FARMACOLOGICOS: NIEGA
PATOLOGICO AUTISMO, CONVULSION
ALERGICOS NIEGA
QUIRURGICOS NIEGA
HOSPITALARIOS SI
INMUNIZACIONES NO APORTA CARNET
ANT. FAMILIARES MADRE ASMA BONQUIA

Antecedentes Personales

ASMA
NO

HIP. ARTERIAL
NO

DIABETES
NO

HEPATITIS
NO

F. REUMATICA
NO

TÓXICOS
NO

CARDIOPATÍA
NO

GASTROPATÍA
NO

NEOFROPATÍA
NO

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	EDILBERTO JOSE RODRIGUEZ PAJARO	**Tipo de Documento**	TI	**Identificacion**	TI 1123413949
Fecha Nac	24/03/2015	**Edad**	10 años	**Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3232204305 3104592678		
Escolaridad	Preescolar	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	RURAL		
Direccion	CALLE 8 # 125 BARRIO 20 DE ENERO MINGUEO				
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	BENEFICIANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

TRAUMÁTICOS

NO

VENÉREOS

NO

QUIRÚRGICOS

NO

TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS

NO

Antecedentes Familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES NO

Examen Físico

CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A

Optima

TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA

1

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA

1

F. CARDÍACA (Lat*Min)

1

F. RESPIRATORIA (Res/Min)

1

TEMPERATURA. (°C)

1

Clasificación antropométrica (IMC)	I.M.C	PESO (kg)	TALLA (Cms)
Bajo de peso	0,56	1	134

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	EDILBERTO JOSE RODRIGUEZ PAJARO	**Tipo de Documento**	TI	**Identificacion**	TI 1123413949
Fecha Nac	24/03/2015	**Edad**	10 años	**Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3232204305 3104592678		
Escolaridad	Preescolar	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	RURAL		
Direccion	CALLE 8 # 125 BARRIO 20 DE ENERO MINGUEO				
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	BENEFICIANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

CABEZA

P: 35
T: 141
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL. TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLES.
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NORMAL. FOSAS NASALES PERMEABLES SIN SECRECIONES. CUELLO: MOVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR. TÓRAX: SIMÉTRICO, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. SIN TIRAJES A LA INSPECCIÓN. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION; PUÑO PERCUSION BILATERAL NEGATIVA. 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, SE VISUALIZAN LESIONES TIPO HEMATOMAS EN EXTREMIDADES,, 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

Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

4.548

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	EDILBERTO JOSE RODRIGUEZ PAJARO	**Tipo de Documento**	TI	**Identificacion**	TI 1123413949
Fecha Nac	24/03/2015	**Edad**	10 años	**Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3232204305 3104592678		
Escolaridad	Preescolar	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	RURAL		
Direccion	CALLE 8 # 125 BARRIO 20 DE ENERO MINGUEO				
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	BENEFICIANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

PLAN O MANEJO

FEXOFENADINA SUSP ORAL 30MG/5ML ....#1
DAR 10 CC VIA ORAL CADA 12 HRS X 10 DIAS
CLOPERASTINA FENDIZOATO SUSPENSION 354Mg/1mL Frasco X 120 mL . . #1
DAR 5 CC V.O CADA 12 HRS X 10 DIAS
PREDNISOLONA SUSPENSION 3MG/1ML . . .#1
DAR 10 CC V O DIAIRO X 5 DIAS (5 PM)
RISPERIDONA TAB 1 MG . . . #180
TOMAR 1 TAB V.O CADA 12 HRS X 90 DIAS
NUTRICION ESPECIALIZADA PARA NIÑOS PEDIASURE LIQUIDO BOTELLA 220 ML . . . . # 60
DAR 220 ML POR VIA ORAL CADA 12 HRS POR 30 DIAS
PAÑALES TENA DESECHABLE TALLA M . . . .# 360 PAÑALES
COLOCAR 4 PAÑALES DIARIO X 3 MESES
TERAPIA CON PSICOLOGIA(3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (943102)
TERAPIA CON FONOAUDIOLOGIA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 (937001)
TERAPIA FISICA (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 931001
TERAPIA OCUPACIONAL (3 SESIONES SEMANALES DURANTE 3 MESES), #36 938303
S/S HEMOGRAMA, GLICEMIA, TSH, T4 LIBRE, COPROLOGICO SERIADO, HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGA 906022 E IGG CUALITATIVO 906023, CREATINIUNA, BUN , UREA. IGE TOTAL
SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO 998702
S/S ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL BAJO SEDACION
S/S RESONANCIA MAGNETICA CEREBRAL SIMPLE BAJO SEDACION (883101)
VALORACION POR NEUROLOGIA PEDIATRICA
CITA CONTROL PEDIATRIA EN 3 MESES
1

JUSTIFICACIÓN

Dx Ppal.: F840 AUTISMO EN LA NIÑEZ
Dx Rel.1: R15X INCONTINENCIA FECAL
Dx Rel.2: E441 DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE
Dx Rel.3: J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Didier Rey Tirado
MEDICO PEDIATRA
RM 1118834264
REG. 0-13695/22

DIDIER RAMIRO REY TIRADO
RM 1118834264
PEDIATRIA

FUNDACION FLORECER B.D.G

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

DIRECCION: CL 16 17-105 TELEFONO: 33114172501

Paciente	EDILBERTO JOSE RODRIGUEZ PAJARO	**Tipo de Documento**	TI	**Identificacion**	TI 1123413949
Fecha Nac	24/03/2015	**Edad**	10 años	**Sexo:**	M
Etnia	Ninguno de los anteriores	**Teléfono**	3232204305 3104592678		
Escolaridad	Preescolar	**Ocupación**	No se tiene Informacion		
Ciudad	DIBULLA	**Zona**	RURAL		
Direccion	CALLE 8 # 125 BARRIO 20 DE ENERO MINGUEO				
Estado civil	Soltero(a)	**Régimen**	BENEFICIANTE		
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO				

HISTORIA CLÍNICA DE PRIMERA VEZ MED. ESPECIALIZADA

No.: 8071022 **Edad del paciente:** 10 años 19días **Fecha de la nota:** 12/04/2025 8:33:53 a. m.

Datos Personales

OCUPACIÓN
Otros

ZONA
Urbana

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA
CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

SE TRATA DE ESCOLAR DE SEXO MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE LA CUAL MANIFIESTA QUE LO TRAE A CONSULTA MEDICA DE CONTROL, HOY ACUDE SIN LABORATORIOS NI NEUROIMAGENES, PACIENTE QUIEN RECIBE TERAPIA INTEGRAL, AL MOMENTO PACINTE DEPENDIENTE DE CUIDADO MATERNO, PACEINTE EN SEGUIMEINTO POR AUTISMO PERO NO TIENE VALORACIONES POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, MADRE REFEIRE OCASIONALM,ENTE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS TIPO ESPASMOS, EN ESPERA DE SUEÑO NOCTURNO INTRANQUILO, DURANTE EL DIA IRRITABLE, INTRANQUILO COMPORTAMIENTO AGRESIVO Y AUTOAGRESION,

DIURESIS Y EVACUACIONES SIN ALTERACION. CON BAJO PESO
FARMACOLOGICOS: NIEGA
PATOLOGICO AUTISMO, CONVULSION
ALERGICOS NIEGA
QUIRURGICOS NIEGA
HOSPITALARIOS SI
INMUNIZACIONES NO APORTA CARNET
ANT. FAMILIARES MADRE ASMA BONQUIA

Antecedentes Personales

ASMA
NO

HIP. ARTERIAL
NO

DIABETES
NO

HEPATITIS
NO

F. REUMATICA
NO

TÓXICOS
NO

CARDIOPATÍA
NO

GASTROPATÍA
NO

NEOFROPATÍA
NO

4.549

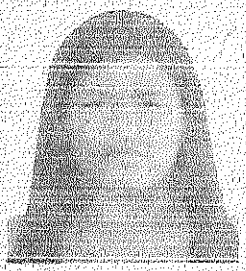
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.065.008.736

PAJARO ESCOBAR
APELLIDOS

MARIA JOSE
NOMBRES

María José Pájaro Escobar
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1997
CHIVOLO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-JUL-2016 DISULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-4900500-00871963 F-1065008736-20161214 0052667800A 1 44934173



4580

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
ARTEMIO BALLESTEROS			CC	9.092894	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
20-oct-1957	Lorica		Cordoba		Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
68	Hombre	✓	CAJA COPI		
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
Física, Visual-Multiple	SÍ ✓	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO		Yumbeo
Dirección de vivienda:	Calle 4 #79-14		
Barrio / Vereda	Siete 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:
	CC	CE	PP	
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3126304429				

3. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO ESCOLARIZACIÓN

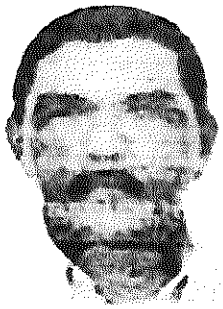
¿La niña o niño se encuentra matriculada(o) en un establecimiento educativo?	¿Cada cuánto asiste?	¿Jornada en la que asiste?

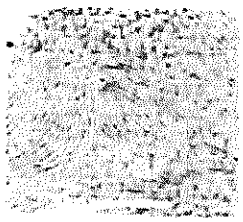
4.551

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

9.092.894
BALLESTEROS BALLESTEROS

ARTEMIO JOSE





20-OCT-1957
LORICA
(CORDOBA)

1.78 O+ M

05-AGO-1976 CARTAGENA

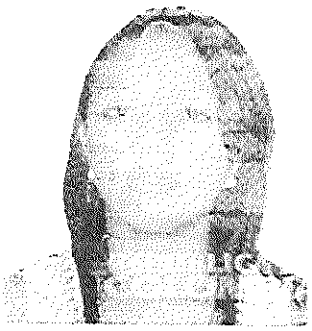
4 556

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
1.123.405.444
BALLESTEROS MENA
APELLIDOS

MERIELEN PATRICIA
NOMBRES

FIRMA





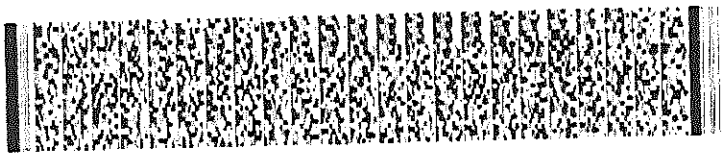
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1989
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-JUN-2007 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-4800100-00633043-F-1123405444-20141003 0040392985A 1 7950019541

4.557

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
ZAID MARTINEZ COLORADO			TI	1.123.415.095	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
08-MAY-2016	Dibulla		LA GUAJIRA		Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
9	Hombre	✓	CAJA COPI	Sindrome de 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	LA GUAJIRA	Hatonuevo
Dirección de vivienda:		Cll 1 #12-110	
Barrio / Vereda		Villa diana	
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:
Leidis Colorado Reyes	CC ✓	CE	PP	1.123407923
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Madre				
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3005322305				

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		

4.556

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.123.415.095**
MARTINEZ COLORADO

APELLIDOS
ZAVI SANTIAGO

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-MAY-2016**
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-MAY-2034 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

19-SEP-2023 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-4800500-01394718-M-1123415095-20231111 0137144974A 2 8509557039

4-559

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
ZAVI	SANTIAGO	MARTINEZ	COLORADO

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	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1123415095

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	6	4

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		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	10.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	89.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b164.3 b167.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.288 s399.388

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d350.3 d910.3

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Jairo Alfonso Meza Ochoa			CC	17845775	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
19-05-1958	Plato Magdalena		Magdalena	Plato	Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
62 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	Mingueo.
Dirección de vivienda:		Jorge Perez.	
Barrio / Vereda		Jorge Perez	
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:
Jairo Alfonso Meza Ochoa	CC ✓	CE	PP	17845775
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
El mismo.				Jorge Perez.
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3205217414				

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		

4.562



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 17.845.775

Apellidos
MEZA OCHOA

Nombres
JAIRO ALFONSO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
M

Fecha de nacimiento
19 MAYO 1958

G.S.
A+

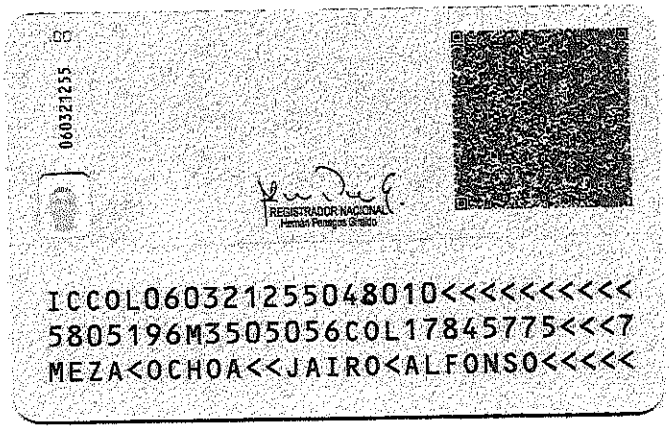
Lugar de nacimiento
PLATO (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
19 ABR 1977. MAICAO

Fecha de expiración
05 MAYO 2035

Firma

NO FIRMA



0603212555

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0603212550480 10<<<<<<<<<<
5805196M3505056COL17845775<<<7
MEZA<OCHOA<<JAIRO<ALFONSO<<<<<

4.568

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
JAIRO	ALFONSO	MEZA	OCHOA

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: 17845775

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	8.33
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.3 b7603.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.273 s750.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4501.4 d940.3

4-564

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.

Identificador: 447745

Generado en: 2024-12-05 10:09:55 AM

ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÙS DE ÀVILA - NIT 825.001.037-1
NIT 825001037
Calle 6 Via a la Punta de los Remedios - TELS: 7200083 - FAX: 7200083 - MAIL:
DIBULLA, LA GUAJIRA

Jueves, 31-Jul-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 17845775 **MEZA OCHOA JAIRO ALFONSO** **H, 67 Años (19-May-1958)**

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: invaaion - Teléfono: 1111111111 - Correo electronico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: -BARRIO SIN DATO (Zona Urbana),

Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: MADRE (PADRE) - Dirección: - Teléfono: 1111111111

Apertura HIPERTENSION del 31-Jul-2025 10:16 am: 67 Años
Id: 158166

MOTIVO DE CONSULTA

" VENGO A CONTROL"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 67 DE EDAD, QUIEN ASISTE A CONTROL DE HIPERTENSOS, REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA, CON ADHERENCIA A MANEJO MÉDICO INSTAURADO.

**** ANTECEDENTES CLINICOS ****

Antecedentes Familiares

Cardio-Cerebro: No

HTA: Si

Diabetes: No

Dislipidemas: No

CA Cuello Uterino: No

CA Seno: No

CA Próstata: No

CA Estomago: No

CA Colorectal: No

CA De Piel: No

Factores de Riesgos Asociados

Obesidad: Si

Actividad Física: No

Cons. De Alcohol: No

Osteoporosis: No

Sust. Sicoactivas: No

Exposicón a Humo de Leña-Carbón: No

Posmenopáusica: No

Examen de Seno: No

Citologia Vaginal: No

Fecha Última citologia:

Hábitos Alimentarios:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

HIPERTENSION ARTERIAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NIEGA

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

NIEGA

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NIEGA

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NO REFIERE

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

LOSARTAN TABLETAS 50MG, USO: TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS
ACIDO ACETILSALICILICO TABLETAS 100MG, USO: TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORA
HIDROXIDO DE ALUMINO SUSPENSION, TOMAR 1 CUCHARADA ANTES DE CADA COMIDA
ATORVASTATINA TABLETAS 20MG, USO: TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS



FLORECER

LISTADOS DEPACIENTE DEL PROYECTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	TELEFONO	BARRIO	DIRECCION	LUGAR DE RESIDENCIA	PERSONA A CARGO	PARENTESCO
1	IDAEL MINDIOLA	CC	7670054	71	3112906329	LA MARINA	CALLE PRIMERA # 111	LA PUNTA	REBECCA MINDIOLA	HERMANA
2	JAIRO ANTONIO AVILA VIDALES	CC	84082422	49	3227738560	LOS OLIVOS	CALLE 9 1-90	LA PUNTA	YENIS JIMENEZ	ESPOSA
3	ADELSON ENRIQUE REDONDO BERMUDEZ	CC	17830401	70	3106761503		LA LOMITA	LA PUNTA	CECILIA REDONDO	
4	ALDRIN JOSE GUILLOT MENDOZA	CC	1082862595	37	3106514016	SANTA RITA	CALLE 4 #2 1-36	LA PUNTA	HILDA MENDOZA	MADRE
5	ANGENDRIS BERRIO CARDOZO	CC	1123402678	39	3135132394	BARRANQUILLITA	CALLE 7 2-50	LA PUNTA	SINDY LOPEZ	ESPOSA
6	CARLOS ANDRES CABARCAS MENA	CC	1192818612	25	3123046073	LAS VACAS	CALLE 6 #2	LA PUNTA	XESSIE MENA	MAMA
7	DELFA QUINTINA ROJAS PACHECO	CC	26965003	78	3005102940	LA QUINTA	CRA 6 1-24	LA PUNTA	LUZ MERI VERDORES	HIJA
8	ELIECER ENRIQUE BARROS REDONDO	CC	5149782	76	3147507938	LA PUNTA	CRA 2- 530	LA PUNTA	JANNA BARROS	HIJA
9	ELIECER MOSCOTE MINDIOLA	CC	5149769	81	3205684691	LA MARINA	CALLE 1 2-93	LA PUNTA	IDELMA FREYLE	ESPOSA
10	FABIAN ENRIQUE COTES TAPIA	CC	1123400133	21	3127213625	LA PUNTA	CALLE 4 CARRERA 3	LA PUNTA	EL MISMO	
11	GLORIA ESTHER MOSCOTE GUALE	CC	40912435	71	3122277187	AVENIDA LOS ESTUDIANT	KRA 2 #5 -86	LA PUNTA	YEINER JOSE REDONDO	NIETO
12	IDALCIRA MARIA PACHECO REDONDO	CC	26976818	64	3205293306	LA PUNTA		LA PUNTA		
13	JAIDER JAVIER COTES REDONDO	CC	17830299	43	3105389667	BARRANQUILLITA	CALLE 6 CRA 2 - 32	LA PUNTA	DARLY CHOLES	HERMANA
14	JOSE MANUEL FUENTES	CC	17807770	69	3117532030	LAS VACAS		LA PUNTA	RUBI MOSCOTE	CUÑADA
15	KEIDAN CHOLES REDONDO	TI	1123414509	8	3147697815	BARRANQUILLITA	CALLE 9 CARRE 2A - 20	LA PUNTA	MAIRA REDONDO	MADRE
16	LEONELA SOFIA VELASQUEZ DE RUIZ	CC	26976569	94	3133162477	AVENIDA LOS ESTUDIANT	CRA 2 # 5-60	LA PUNTA	SUDILMA RUIZ	HIJA

4-548

17	LEONELO SEGUNDO CARDOZO MENA	CC	8403[illegible]	58	3126415318	BARRIO ARRIBA	[illegible] 3 CARRERA 3	LA PUNTA	JACKELIN OROZCO	ESPOSA
18	LUZ MARINA MOSCOTE	CC	26976822	70	3143098714	LA PUNTA	CALLE 5 # 3-103	LA PUNTA	ERIKA OÑATE	HIJA
19	LUZMILA JOSEFINA PACHECO MINDIOLA	CC	40934748	69	3147507938	LA PUNTA	CRA 2- 530	LA PUNTA	JANNA BARROS	HIJA
20	MARIA ISABEL REDONDO REDONDO	TI	1123406466	17	3205817823	BARRANQUILLITA	CARRERA 7 CALLE 2	LA PUNTA	MARLIN REDONDO	MAMA
21	NELLY REDONDO CASTRILLO	CC	26976925	44		BARRANQUILLITA	CALLE 8	LA PUNTA		
22	NELSON JESUS FERRER MORILLO	CC	84034046	84	3108256072	LA PUNTA	CALLE 2 - 92	LA PUNTA	YENIS JIMENEZ	HIJA
23	NIOBIS MARIA REDONDO PINEDO	CC	40930302	66	3128246618	LAS VACAS	CALLE 6	LA PUNTA	RUFINO CHOLES	ESPOSO
24	NUBIA LINA BARROS REDONDO	CC	26965907	69	3145138897	LA CANCHA	CALLE 5 CRA 4	LA PUNTA	DAYANIS REDONDO	HIJA
25	RAFAEL TOBIAS OÑATE REDONDO	CC	17830323	54		LA PUNTA	LA PUNTA	LA PUNTA		
26	RENE NICOLAS VELASQUEZ PIMIENTA	CC	5149604	87	3187934626 - 3015643958	LA PUNTA		LA PUNTA	RENE VELASQUEZ	HIJO
27	RITA SEGUNDA MOSCOTE MENA	CC	40913084	69	3234387425	LAS VACAS	CALLE 6 #2-135	LA PUNTA	RUBY MOSCOTE	HERMANA
28	ROSA RAMONA REDONDO BARROS	CC	26976765	83	3108256072	LA PUNTA	CALLE SEGUNDA - 92	LA PUNTA	SOLEDAD FERRER	HIJA
29	SOLEDAD AIDE FERRER TAPIA	CC	40930203	48	3136258005	LA PUNTA	CALLE 3 2-139	LA PUNTA		
30	ULIRICA ELENA MINDIOLA DE REDONDO	CC	26976788	79	3223795450	BARRANQUILLITA	CARRERA 3 # 6-67	LA PUNTA	YESICA REDONDO	HIJA
31	VICTOR MEJIA REDONDO	CC	84082651	49	3114047527	BARRANQUILLITA	CALLE 2	LA PUNTA	EL MISMO	
32	WILSON MARQUEZ CORREA	CC	84084293	47	3114211709	BARRANQUILLITA	CALL 9 CARRE 2	LA PUNTA		
33	YARITZA PAOLA MERRIÑO RUIZ	CC	1123413132	29	3218717393	AVENIDAD DEL ESTUDIANT	CALLE 6 CARRERA 2	LA PUNTA	YULITZA MERRIÑO	ELLA MISMA
34	YERENIS YULIETH CANTILLO CARDOSO	CC	1006853984	36	3116967822	LA MARINA	CALLE 1 2-68	LA PUNTA	JUANA CARDOZO	MADRE
35	YOIDER ANTONIO MADERA MARTINEZ	CC	84083746	53	3127962976	BARRIO CHINO	LA PUNTA	LA PUNTA	YOIDER MADERA	EL MISMO

36	YELEINYS JISEL CHOLES PERALTA	TI	11234 44	9	3213277984		LA NTA	LA PUNTA	YELISSA PERALTA	MAMA
37	MARTIN ANTONIO SEGUEIRA BALZA	CC	8700328	65	3145581887	LA PUNTA	LA PUNTA	LA PUNTA		
38	JADER JAVIER CHOES REDONDO	CC	84085351	49	3215513459	LA PUNTA	LA PUNTA	LA PUNTA	LOREINIS RUIZ	
39	LOREN ROSIL MOSCOTES SUAREZ	CC	40937192	45	3145035182			LA PUNTA	LOREN MOSCOTES	
40	ZUREYA MARIA PACHECO PIMIENTA	CC	26970280	43		LA PUNTA		LA PUNTA	LUZ MARINA	HIJA
41	ANDREINA BEATRIZ ROMERO REDONDO	CC	26976836	62				LA PUNTA	ROSMAIRE CHOLES	
42	NENCY JOSEFINA BARROS REDONDO	CC	26976832	64	3104639068	CALLE 6 # 2A-18	LAS VACAS	LA PUNTA	SOL MARIA REDONDO	HIJA
43	GABRIEL VARGAS SUA	CC	1123410599	72				LA PUNTA		
44	ERIC FABIAN MOSCOTES MONTERO	RC	1123419755	3	3233507683	CARRERA 3 CALLE 7	BARRANQUI LLITA	LA PUNTA	YOSELIS MONTERO	MAMA
45	NOELBIS LETRIZ CHOLES ROMERO	CC	26970068	45	3174565826	CALLE 6 # 2A-18	LAS VACAS	LA PUNTA	YULIZA MOSCOTES	HIJA
46	MARIA TEREZA CORRO ARELLANO	CC	40928338	57	3209497730	CALLE 9	LOS OLIVOS	LA PUNTA	RAUL MORALES	ESPOSO
47	ROBIS RAFAEL REDODNDO	CC	84082781	56	3122060580	CARRERA 3 CALLE 7	BARRANQUI LLITA	LA PUNTA	RITA FERRER	ESPOSA
48	LUIS MIGUEL CASTRILLO	CC	1123412504	30				LA PUNTA		
49	GABRIELA GISSEL MEJIA MENA	RC	1029869504	4	3145084738	CARRERA 1	LA QUINTA	LA PUNTA	YADENIS MENA	MADRE

4.570

4.571

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Foto

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
YDAEL MINDIOLA LOPESIERRA			CC	7.670.054	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
16-jun-1953	RIOHACHA		GUAJIRA		
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
71	Hombre	X	CAJA COPI		DD/MM/AAAA
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
VISUAL			SÍ X	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO	La Guajira		LA PUNTA	
Dirección de vivienda:		Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento			
Barrio / Vereda		LA MARINA			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Grupo armado
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género		Femenino			
		Masculino X			

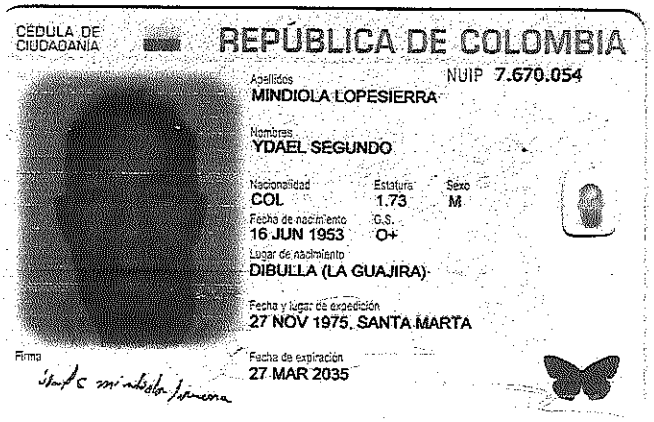
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
YDAEL MINDIOLA	CC X	CE	PP	7.670054
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
El Mismo	El Mismo			La Marina
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3112906329				

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?

4.592



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 7.670.054

Apellidos
MINDIOLA LOPESIERRA

Nombres
YDAEL SEGUNDO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.73

Sexo
M

Fecha de nacimiento
16 JUN 1953

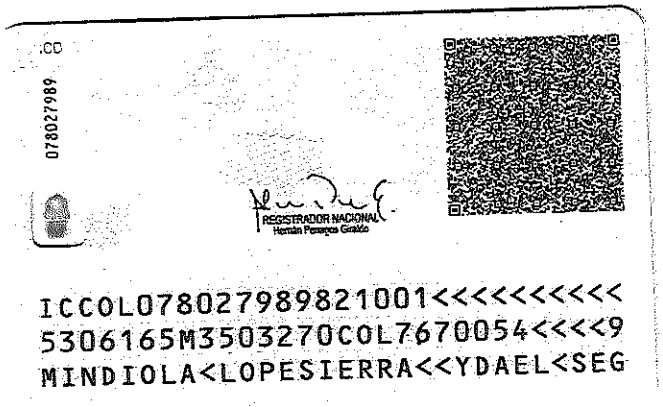
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
DIBULLA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
27 NOV 1975, SANTA MARTA

Firma

Fecha de expiración
27 MAR 2035



.CO

078027989

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL078027989821001<<<<<<<<<<
5306165M3503270COL7670054<<<<9
MINDIOLA<LOPESIERRA<<YDAEL<SEG

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
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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.

4.516

FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

CALLE 14 # 19 - 76 3114172501

Paciente	YDAEL SEGUNDO MINDIOLA LOPESIERRA					**Identificacion**	7670054
Fecha Nac:	16/06/1953	**Edad:**	71 años 4	**Sexo:**	M	**Teléfono**	3112906329
Direccion	LA PUNTA LA GUAJIRA					**Ciudad**	DIBULLA
Estado civil	Soltero(a)	**Escolaridad:**	No definido				
Asegurador	CAJACOPI EPS SAS | CAJACOPI EPS SAS (SUBSIDIADO) EVENTO						

HISTORIA CLÍNICA DE CONTROL MED. ESPECIALIZADA

No.: 7350766 **Edad del paciente:** 71 años 4 meses y 9días **Fecha de la nota:** 25/10/2024 10:54:52 a. m.

Datos de la Consulta

MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR EN RODILLAS

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE INGRESA CON CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DOLOR A NIVEL DE RODILLA EN BILATERALES ACOMPAÑADO DE DIFICULTAD PARA LA MARCHA, PARA SUBIR ESCALERAS, NIEGA TRAUMATISMO REFIERE QUE HA TOMADO ANALGÉSICOS Y DOLOR PERSISTE
AL EXAMEN FÍSICO PRESENCIA DE DOLOR S A NIVEL DE SUPERFICIE ARTICULAR DE RODILLA BILATERALES, EFUSIÓN ARTICULAR MODERADA SEVERA, DEFORMIDAD EN VALGO, PRESENCIA DE MARCHA ANTÁRTICA
RX DE RODILLA MUESTRAS GONARTROSIS MODERADA
SE INDICA RX DE TOBILLO IZQ + AINE S+ TERAPIA FISICA + CONTROL EN 1 MES

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 RODILALS BILATERALES

GENITOURINARIO

.

S.N.C

.

OTROS HALLAZGOS

.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

GONARTROSIS
CONTUSION EN TOBILLO

4.577

E.S.E HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA
Dibulla saludable, camino al bienestar.
NIT: 825001037-1

HISTORIA CLINICA CONSULTA EXTERNA

FECHA Y HORA DE CONSULTA	DIA	MES	AÑO	HORA	No. DE HISTORIA CLINICA
	20	09	23	7:48 AM	

IDENTIFICACIÓN 7670054

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Idael	Mendoza	Lopesierra

FEHCA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD
16-06-53	70			

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.	NOMBRE Y APELLIDO DEL CONYUGE	EDAD	ESCOLARIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCION Y LUGAR DE RESIDENCIA
Guajira	La punta

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE:
REG. DE SEG. CONT.: SUBS. VINC. ING.
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE:
EMPRESA RESPONSABLE: ECOPS
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Solo
TELEFONO:
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE:
TELEFONO:

MOTIVO DE LA CONSULTA: Consulta Ext.

ENFERMEDAD ACTUAL: Masculino de 70 años de edad a quien se le realizó Cirugia ocular en ojo derecho: Extraccion de Catarata por Facoemulsificacion + Implante de lente intraocular plegable. Oftalmologo hace hincapie en el uso del Manejo del paciente para evitar complicaciones. CX 30/Agosto/2023

I. ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENCIÓN: Papa	SI: X	NO:	TUMORES:	SI:	NO: X
DIABETES:	SI:	NO: X	EPILEPSIA:	SI:	NO: X
HEOATOPATIA:	SI:	NO: X	ENF. RENAL:	SI:	NO: X
SIFILEIS:	SI:	NO: X	ENF. CARDIOVASCULAR:	SI:	NO: X
MENTALES:	SI:	NO: X	OTROS:	SI:	NO: X

OBSERVACIONES:

II. ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES:	SI:	NO: X	FUMADORA:	SI:	NO: X
HIPERTENCION:	SI:	NO: X	TUMORES:	SI:	NO: X
E.T.S.:	SI:	NO: X	ALERGIAS:	SI:	NO: X
INF. URINARIA:	SI:	NO: X	TROMBOFLEBITIS:	SI:	NO: X
CARDIOPATIA:	SI:	NO: X	CIRUGIA GENEC:	SI:	NO: X
ENF: PELVICA:	SI:	NO: X	CAUTERIZACION:	SI:	NO: X
CONVULCIONES:	SI:	NO: X	RADIOTERAPIA:	SI:	NO: X

OBSERVACIONES: Catarata Ojo Derecho.

III. HISTORIA GINECOOBSTETRICA

MENARQUIA:	AÑO:	CICLOS:	VIDA MARITAL:	AÑO VIDA OBST:	AÑOS:
[illegible]VIDAD		PARA:	ABORTO:	CASARIAS:	

[illegible]OGIA Y FECHA:

DIBULLA LA GUAJIRA

4-526

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Foto

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
JAIRO AVICA VIDALES			CC	84082.422	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
12-oct-1974	Riohacha		Guajira		Colombia
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
50	Hombre	x	NUEVA EPS		DD/MM/AAAA
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			Certificado de Discapacidad		RLCPcD
FISICA			SÍ x	NO	SÍ / NO
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:		Ciudad / Municipio:	
SÍ	NO			LA PUNTA	
Dirección de vivienda:		Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento			
Barrio / Vereda		LOS OLIVOS			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ	NO x	¿Cuál fue el hecho victimizante?	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género				Femenino / Masculino x	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
YENIS JIMENEZ AVICA		CC x	CE	PP	26970293
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
3227738560					

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?

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

4.598

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JAIRO	ANTONIO	AVILA	VIDALES

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: 84082422

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
I

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	8.33
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	84.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

Codigos Funciones Corporales
b265.3 b770.3 b780.3

Codigos Estructuras Corporales
s770.378

Codigos Actividades y Participación
d770.3 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.

HISTORIA CLÍNICA No. CC 84082422 -- JAIRO ANTONIO AVILA VIDALES

Empresa: 441- NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 12/10/1974 **Edad actual :** 48 AÑOS
Sexo: Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3233606735
Dirección: CLL 9 N 1 90
Barrio: CENTRO
Departamento: LA GUAJIRA
Municipio: RIOHACHA
Ocupacion: OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES
Etnia: NINGUNA
Grupo Etnico: NO APLICA
Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)
Atención Especial: NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Grupo Poblacional: NO APLICA

Responsable: JAMILETH AVILA **Teléfono:** 3233606735 **Parentesco:** Familiar
Acompañante: JAMILETH AVILA **Teléfono:** 3233606735

neurológico.
A nivel renal, gasto urinario conservado, función renal preservada.
A nivel metabólico, glucometría en metas.
A nivel infeccioso, febril, antibioticoterapia con piperacilina tazobactam. Hemocultivos con aislamiento de bacilos gram negativos, pendiente tipificación y antibiograma.
Pendiente valoración por servicio de ortopedia y neurocirugía.
Alto riesgo de complicaciones derivados de estado actual.
Pronósticos sujeto a evolución clínica.

Evolución realizada por: RAFAEL SILVESTRE COTES RAMOS-Fecha: 27/02/23 16:42:32

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
4.00	150.00 MILILITROS	MANITOL 20% SOLUCION INYECTABLE 20%	INTRAVENOSO	6 Horas	NUEVO

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	Pendiente

tromboembolismo pulmonar

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA PORNEUROCIRUGIA Fecha de Orden: 27/02/2023 **Ordenada**

OBSERVACIONES

2. Trauma craneoencefálico severo.
2.1. Fractura de hueso occipital derecho
2.2. Contusión hemorrágica occipital derecha + edema cerebral difuso.
2.3. Contusiones hemorrágicas frontales izquierda + edema cerebral difuso izquierdo.
2.4 POP de craniectomía descompresiva bifrontal más drenaje de hematoma subdural por craneotomía más drenaje de colecciones intracerebrales por craneotomía.

RESULTADOS :

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

RAFAEL SILVESTRE COTES RAMOS
Reg. 055565
MEDICINA INTERNA

4-581

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **26.970.293**

JIMENEZ AVILA

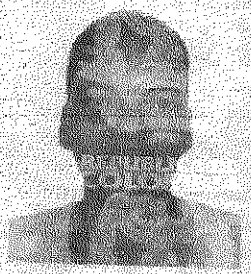
APELLIDOS

YENI MARIA

NOMBRES

Yenis J. Mendez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-1982**

DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-NOV-2001 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4800500-01051297-F-0026970293-20181218 0063740409A 1 49859427

5

4.582

foto Documento del responsable

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
ADevon Redondo Bermudez			CC	1783040 1	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
01 enero-1955	DIBULLA		LA GUAJIRA		COLOMBIA
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
70	Hombre	X	CAJA COPI	MALFORMACION Congenita Dermeria Superiores.	DD/MM/AAAA
	Mujer				

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

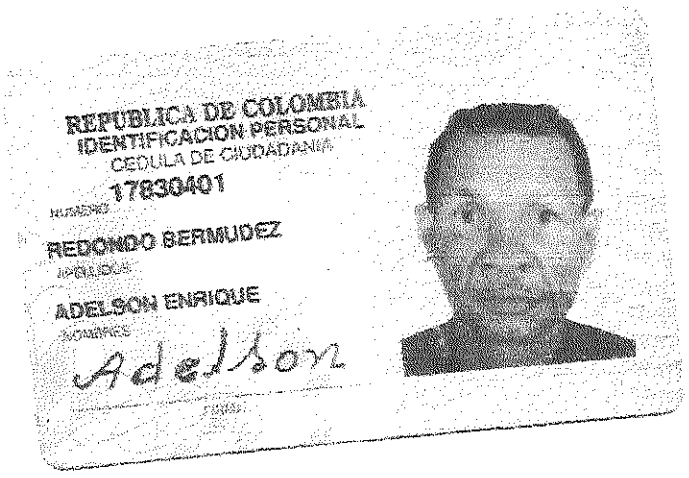
Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO		LA PUNTA
Dirección de vivienda:		Cll 2 # 3-50	
Barrio / Vereda		La Loma	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ Y	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante? Grupo Armado
Pertenencia étnica:	SÍ	NO	¿Cuál?
Género			Femenino / Masculino

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

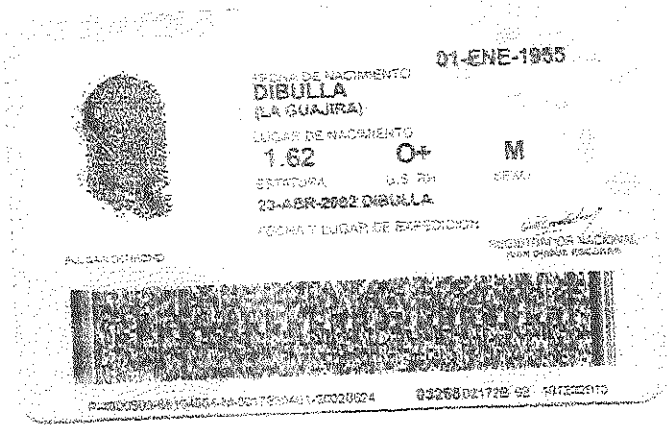
Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Cecilia Redondo	CC X	CE	PP	1
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Hermana	Hermana			CR 3 #7-33 la punta
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
310 676 1503				

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
17830401
NUMERO
REDONDO BERMUDEZ
APELLIDOS
ADELSON ENRIQUE
NOMBRES
Adelson
FIRMA



01-ENE-1955
FECHA DE NACIMIENTO
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
23-ABR-2002 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO
A-1500100-00

4.583

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
ADELSON	ENRIQUE	REDONDO	BERMUDEZ

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	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 17830401

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		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	30.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b639.2 b770.3 b789.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s610.378 s770.278
3. Codigos Actividades y Participación
d570.3 d879.3 d920.3

4584

Malteser International
Order of Malta Worldwide Relief

german cooperation

cbm

ABUDEA

HISTORIA CLINICA

Nombre: ADELSO ENRIQUE REDONDO							Fecha:
Tipo de identificación:	CC	No de identificación:			17830401		EPS: CAJA COPI
Edad:	66	Sexo:	F	M	CODIGO DX:		
Fecha de nacimiento:					Ocupación:		0000000
Dirección:	CORREGIMIENTO : LA PUNTA DE LOS REMEDIOS						

MOTIVO DE CONSULTA

ME DUELE LA ESPALDA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO CON ANTECENDENTES MALFORMACION CONGENITA DE MIEMBROS SUPERIORES ASOCIADO REFIERE DOLOR EN REGION LUMBAR IRRADIADO A MIEMRBSO INFERIRES .

Familiares:

Patológicos: INSUFICIENCIA RENAL

Alérgicos:

Quirúrgico:

Medicamentos:

SIGNOS VITALES

P/A:	FC:	FR:	PSO2:	T°

EXAMEN FISICO

BUEN ESTADO GENERAL
ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS EN CUATRO EXTREMIDADES
COLUMNA ALINEADA, CON ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADO
DOLOR A LA PALPACION EN MUSCULATURA PARAVERTEBRAL LUMBAR, CUADRADO LUMBAR, GLUTEO MEDIO.
FUERZA MUSCULAR POR MIOTOMAS 5/5 COMPARATIVA EN MSIS
MANIOBRAS FACETARIAS NEGATIVAS
NO SIGNOS DE RADICULOPATIA: LASEGUE (-), BRAGARD (-)
PATRICK (-)

PLAN DE TRATAMIENTO

1)PROGRAMA DE REHABILITACION : TERAPIAS FISICA # 4 FORTALECIMEITNO MUSCULAR GLOBAL, MEJORA DE LA MARCHA , MANTENER AMAS

3) VALORACION POR FISIATRIA EN 4 MESES CON PRO SU EPS

4. 586

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

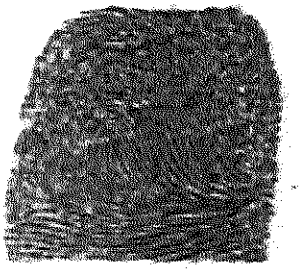
NUMERO 40.927.663

REDONDO BERMUDEZ
APELLIDOS

ZONICA CECILIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1974

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

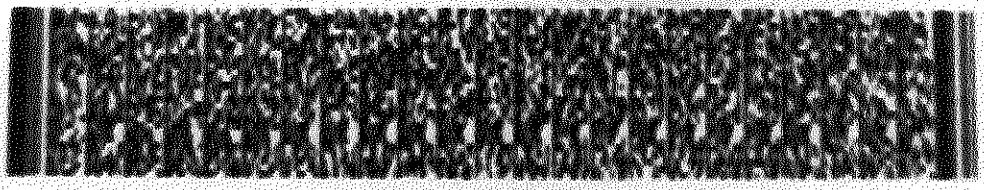
1.54
ESTATURA

AB+
G.S. RH

F
SEXO

22-ABR-1993 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
DELEGADO DEL DIRECTOR



A-43000020-00158851-F-0040927663-20070802 01700 07245A 02 212105353

4.559

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
ALDRIA GUILLOT MENDOZA			1082862595	CC.	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
09-MAR-1987	Riohacha		GUAJIRA		Colombia

Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
38	Hombre	X	CAJA COPI		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 PUNTA

Dirección de vivienda:	*Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento*		
Barrio / Vereda	LAS VEGAS		
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ X	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:
HILDA MENDOZA	CC X	CE	PP	40926080
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
MADRE				
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3106514016				

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?

4.535

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.082.862.595
NUMERO

GUILLOT MENDOZA
APELLIDOS

ALDRIN JOSE
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1987
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

22-JUL-2005 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2100100-51140701-M-1082862595-20050919 06069 05262A 02 189376821

4-389

calle 4 # 2-136
Barrio Santa Rita
cl. 3106514016

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ALDRIN	JOSE	GUILLOT	MENDOZA

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: 1082862595

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	7	8

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	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	50.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	78.13
GLOBAL	79.69

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.1 b1671.3 b7610.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378 s399.378 s7708.378

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d310.1 d598.4

4590

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, *ALDRIN JOSE GUILLOT MENDOZA* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

Documento: CC-1082862595

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



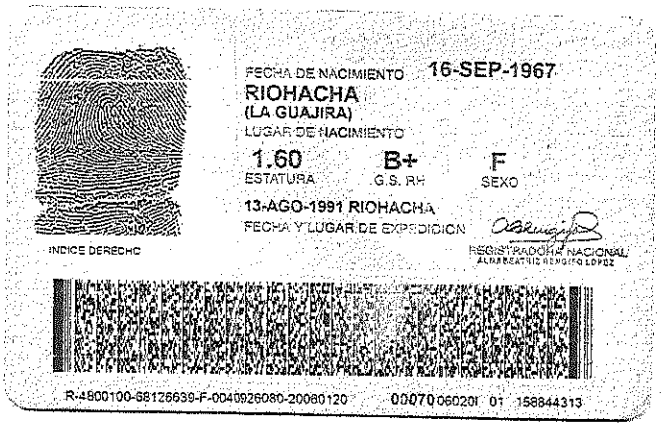
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.926.080

MENDOZA SRITO
APELLIDOS

HILDA JUDITH
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1967
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-AGO-1991 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

R-4800100-58126639-F-0040926080-20080120 00070 06020I 01 158844313

5 terminar caracterización 4.592

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
AUGENDRIS BERRIO CARDOZO			CC	1123402678	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
23-AGO-1986	DIBULLA		LA GUAJIRA		COLOMBIA
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
39	Hombre	x	CAJA COPI		*DD/MM/AAAA*
	Mujer				
Categoría de Discapacidad			**Certificado de Discapacidad**		**RLCPcD**
FISICA VISUAL MULTIPLE			SÍ x NO		SÍ NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO		LA PUNTA
Dirección de vivienda:			
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:
SINDY LOPEZ PACHT	CC x	CE	PP	1.123 406 002
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3205295868				

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*

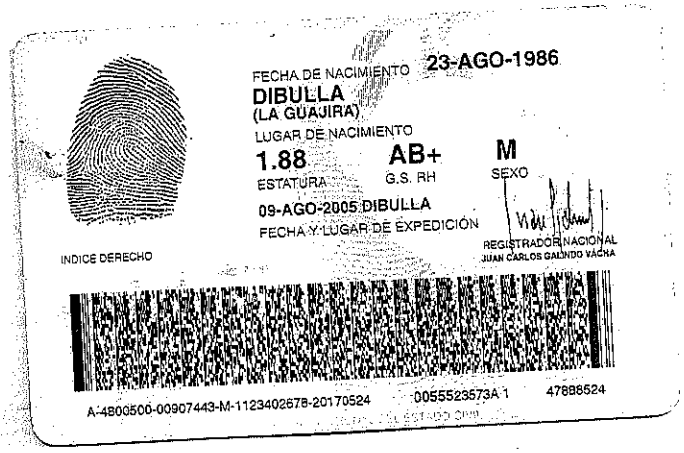
4.593



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.402.678
BERRIO CARDOZO
APELLIDOS
ANGENDRIS
NOMBRES

AnJendrisBerrio
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1986
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.88 AB+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-AGO-2005 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-4800500-00907443-M-1123402678-20170524 0055523573A 1 47898524

4.600

Documento del responsable.

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Carlos Andres Cabarcas Hena			CC	1192.818.617	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
05-11-1999	Dibulla		La Guajira	Dibulla	Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
25 años	Hombre	✓	Nueva EPS	-Toracoscopia -Lobectomia parcial -Pleurectomia parcial -Fibrobroncoscopia	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	La Punta
Dirección de vivienda:		Calle 6 #2 esquina	
Barrio / Vereda		la calle de la vaca	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Forzado
Pertenencia étnica:	SÍ ✓ NO	¿Cuál?	Afrocolombiano
Género		Femenino	
		Masculino ✓	

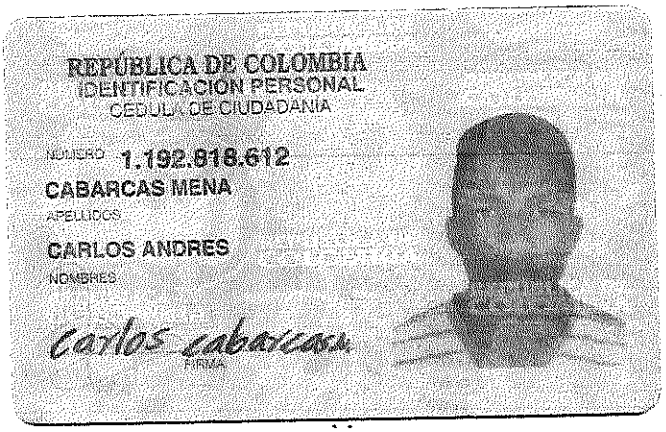
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
Xessie Hena	CC ✓	CE	PP	26.969.766
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
Mama	Mama			Campana Nuevo
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
312 304 6073	Jessiemena19@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*

4.601



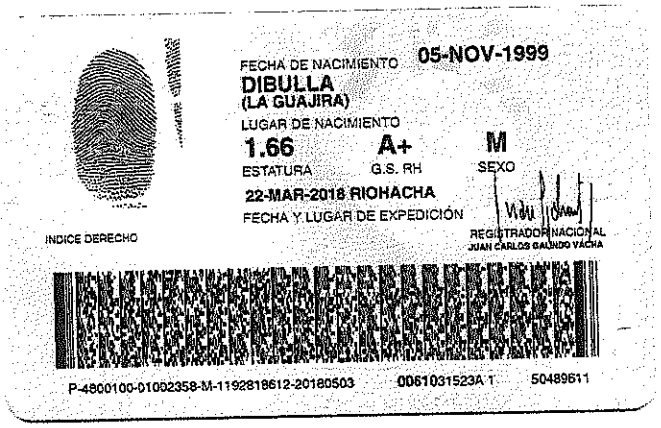
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.192.818.612

CABARCAS MENA
APELLIDOS

CARLOS ANDRES
NOMBRES

carlos cabarcas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1999

DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

22-MAR-2018 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4800100-01002358-M-1192818612-20180503 0061031523A 1 50489611

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
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 economicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Clínica Alta Complejidad
San Juan Bautista
Nit: 900.272.582-6

EPICRISIS
Nº147374

Nº Ingreso: 269857

Nº Historia Clínica:	1192818612	**Fec. Ingreso:**	18/01/2025 11:00:47 a. m.
Nombre Paciente:	CARLOS ANDRES CABARCAS MENA	**Identificación:**	1192818612 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	05/noviembre/1999 **Edad Actual:** 25 Años / 3 Meses / 3 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	VEREDA CAMPANA NUEVA	**Teléfono:**	3217451383
Procedencia:	DIBULLA	**Nivel - Estrato:**	NIVEL 1
Entidad:	20141 - NUEVA EPS S.A. REGIMEN SUBSIDIADO	**Régimen:**	Regimen_Simplificado

Fecha de Ingreso: 18/01/2025 11:00:47 a. m. **Fecha Egreso:** 7/02/2025 6:32:39 a. m. **Estado Paciente:** VIVO
Servicio de Ingreso: Urgencias **Servicio de Egreso:** Ninguna

DIAGNÓSTICOS

Ingreso
- J189 NEUMONÍA, NO ESPECIFICADA
- J851 ABSCESO DEL PULMON CON NEUMONIA
- Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Egreso
- J851 ABSCESO DEL PULMON CON NEUMONIA

MOTIVO CONSULTA:

Motivo de Consulta" EXPECTORABA COMO PUS"PROVENIENTE DE SALAS DE CIRUGIA

ENFERMEDAD ACTUAL:

Enfermedad Actual
PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 7 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SENSACION DE ALZAS TERMICAS ASOCIADO A TOS HUMEDA CON EXPECTORACIONES VERDOS, MALESTAR GENERAL, EPISODIOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ASTENIA ADINAMIA, POR LO QUE INGRESA A CLINICA CEDES DONDE REALINZAN HEMOGRAMA 15/01/25 LEU: 4.930 NEU: 57.8% HB: 14.2% HTO: 40.7 PLT: 311.000 - RX DE TORAX: PROCESO INFECCIOSO DE TIPO NEUMONICO PARAHILIAR Y BASAL DERECHO ASOCIADO A DERRAME PLEURAL IPSILATERAL- TAC DE TORAX: NEUMONIA PARAHILIAR Y DERECHA COMPLICADA CON ABSCESO (DERRAME PLEURAL) DAN MANEJO CON PIPERACICLINA TAZOBACTAM Y REMITEN PARA VALORACION POR CX DE TORAX

ANTECEDENTES: REFIERE MADRE CAVITACIONES EL PULMON DERECHO ?
ALERGIA: NIEGA
QUIRURGICO: NIEGA
PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑO DE EDAD SIN ANTEGEDENTES DE RELEVANCIA, CURSANDO INTERNACION POR INFECCION RESPIRATORIA INFERIOR TIPO NEUMONIA COMPLICADA CON ABSCESO PULMONAR. CUMPLIENDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO ENDOVENOSO. EN EL DIA DE LA FECHA PROVEINIENTE DE SALAS DE CIRUGIA DONDE SE REALIZO CARGO DEL SERVICIO DE CIRUGIA DE TORAX: 1.TORACSOCOPIA DIAGNSTICA TRANSPLEURAL+ LOBECTOMIA PARCIAL POR TORACSOCOPIA (CUÑA PULMONAR) + PLEURECTOMIA PARCIAL POR TORACSOCPIA + PLEURODESIS QUIMICA Y MENCAIC APOR TORACSOPIA 2. FIBROBRONCSOCOPIA DIAGNOSTICA + LAVADO BRONQUIAL.

ANTECEDENTES:

ALERGIA NIEGA. QUIRÚRGICO NIEGA. MEDICACION HÁBITUAL NIEGA.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

Revisión por SistemaLO REFERIDO EN LA EA.....SE SOLICITA....SE SOLICITASE SOLICITALO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

EXAMEN FÍSICO:

EXAMEN FISICO: LUCIDO, SIN FOCO NEUROLOGICO AGUDO, NORMOTENSO, BIEN PERFUNDIDO, SIN SIGNOS DE FALLA CARDIACA. R1 Y R2 NORMOFONETICOS, RITMICOS, SIN SOPLOS. EUPNEICO, ADECUADA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, MURMULLO VESICULAR CONSERVADA, DISMINUCION DE LOS RUIDOS PULMONARES EN BASE PULMONAR DERECHA, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO SE APRECIAN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE.

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

FECHA: 18/01/2025 11:36:06 a. m. **MÉDICO: MONTAÑO DAZA DAYRA DAYANA** **ESPEC.: MEDICO GENERAL** **RM: -**

Fec. Evo18/01/2025 11:10:13 a. m.

FECHA: 18/01/2025 4:46:06 p. m. **MÉDICO: MONTENEGRO SIERRA JOHAN ANTONIO** **ESPEC.: MEDICINA INTERNA** **RM: 0892**

Evolucion MedicaPACIENTE MASCULINO DE 25 AÑO DE EDAD SIN ANTECENTES PATOLOGICO CONSULTA POR LIICA DE DIASDE EVOLUCIOCARCATERIZADO POR TOS HUMEDA CON MATERIALPURULENTO FETIDO MOTIVO POR LO QUE CONSULTA.NOROCEFALICO CUELLO MOVIL SIMETRICO SIN MASAS NO ADENOMEGALIA, NO NINGURGITACION YUGULAR, MUCOSA ORAL HUMEDAS.TORAX SIMETRICO MURMULLO VESICULAR AUDIBLES EN AMBOS CAMPOS SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NO RE Y 4.ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO SIN VISCEROMEGALIA, RUIDOS HIDROAEREOS POSITIVOS 3 EN 1 MINUTO.EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA, PULSOS PALPABLES BUENA AMPLITUD.NEUROLOGICO CONSCEINTE, ROIENTADO COHERENTE SENSSIBILIDAD CONSERVADA, FURZA MUSCULAR CONSERVADA 5/5 GLOBAL, NO PARESIA DE PARES CRANIALES, NORMORREFLEXICO GLOBAL NO RIGIDEZ DE NUCA.

Este documento es propiedad intelectual de CLINICA INTEGRAL SAN JUAN BAUTISTA S.A.S., de conformidad con el Artículo 61 de la Constitución Nacional, Ley 23 de 1982 y Decisión 344 del Acuerdo de Cartagena. En consecuencia queda prohibida la reproducción total y parcial para efectos particulares. El incumplimiento acarreará consecuencias disciplinarias legales.

4605

Clínica Alta Complejidad
San Juan Bautista

Nit: 900.272.582-6

EPICRISIS
Nº147374

Nº Ingreso: 269857

Nombre Paciente: CARLOS ANDRES CABARCAS MENA **Nº Historia Clínica:** 1192818612

FECHA: 24/01/2025 1:35:33 p. m. **MÉDICO: CARRILLO ESTRADA MARIA TERESA ESPEC.: MEDICINA INTERNA** **RM: 1122811601**

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑO DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE RELEVANCIA, CURSANDO INTERNACIÓN POR INFECCIÓN RESPIRATORIA INFERIOR TIPO NEUMONÍA COMPLICADA CON ABSCESO PULMONAR. CUMPLIENDO TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ENDOVENOSO. EN EL DIA DE LA FECHA PROVENIENTE DE SALAS DE CIRUGÍA DONDE SE REALIZÓ CARGO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE TÓRAX: 1.TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA TRANSPLEURAL LOBECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (CUÑA PULMONAR) + PLEURECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA + PLEURODESIS QUÍMICA Y MECÁNICA POR TORACOSCOPIA 2. FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LAVADO BRONQUIAL , PACIENTE BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PROTOCOLO DE EXTUBACIÓN , EN DESTETE COMPLETO DE SEDOANALGESIA, AFEBRIL, SIN SIGNOS MENÍNGEOS, HEMOGRAMA NO ANEMIA CON LEUCOCITOSIS MAS NEUTROFILIA ,PLAQUETAS EN ADECUADO RANGO. FUNCIÓN RENAL DIURESIS CONSERVADA CON GU DE 2.0 CC/ KG/H SIN REQUERIMIENTO DE TERAPIA DIALÍTICA CON AZOADOS EN ADECUADO RANGO , EN RONDA MÉDICA DEL DIA SE SUSPENDE SEDACIÓN PARA RETIRO DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, SE SUSPENDE ÁCIDO TRANEXÁMICO . PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES CLÍNICAS CON REQUERIMIENTO DE INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA. ALTO RIESGO DE FALLA MULTIORGÁNICA POR FOCO INFECCIOSO. SUJETOS A EVOLUCIÓN CLÍNICA.

FECHA: 25/01/2025 12:23:41 p. m. **MÉDICO: CARRILLO ESTRADA MARIA TERESA ESPEC.: MEDICINA INTERNA** **RM: 1122811601**

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑO DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE RELEVANCIA, CURSANDO INTERNACIÓN POR INFECCIÓN RESPIRATORIA INFERIOR TIPO NEUMONÍA COMPLICADA CON ABSCESO PULMONAR. CUMPLIENDO TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ENDOVENOSO. PROVENIENTE DE CIRUGÍA DE TÓRAX CON : 1.TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA TRANSPLEURAL LOBECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (CUÑA PULMONAR) + PLEURECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA + PLEURODESIS QUÍMICA Y MECÁNICA POR TORACOSCOPIA 2. FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LAVADO BRONQUIAL. PACIENTE , AFEBRIL, SIN SIGNOS MENÍNGEOS, HEMOGRAMA NO ANEMIA ,PLAQUETAS EN ADECUADO RANGO. FUNCIÓN RENAL DIURESIS CONSERVADA CON GU DE 1.1 CC/ KG/H SIN REQUERIMIENTO DE TERAPIA DIALÍTICA CON AZOADOS EN ADECUADO RANGO , EN RONDA MÉDICA DEL DÍA SE INDICA SUSPENDER ANALGESIA CON INFUSIÓN DE FENTANYL , SE INDICA TRAMADOL /DIPIRONA/ METOCLOPRAMIDA HORARIO PARA MANEJO DEL DOLOR , SE INICIA DESTETE DE OXIGENOTERAPIA A CÁNULA NASAL , PROBAR VÍA ORAL CON DIETA BLANDA A TOLERANCIA Y PASO A HOSPITALIZACIÓN .SE LE INFORMA A FAMILIARES Y PACIENTE LA CONDUCTA REFIEREN ENTENDER .

FECHA: 26/01/2025 12:06:38 p. m. **MÉDICO: CARRILLO ESTRADA MARIA TERESA ESPEC.: MEDICINA INTERNA** **RM: 1122811601**

Evolucion MedicaPACIENTE MASCULINO DE 25 AÑO DE EDAD CURSANDO CON LOS DIAGNOSTICOS DE:1. P.O.P DE TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LOBECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (CUÑA PULMONAR) + PLEURECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (23.01.25)1.1. FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LAVADO BRONQUIAL (23.01.25) CON EXTUBACIÓN EXITOSA (24.01.25)2. PROCESO INFECCIOSO PULMONAR INFERIOR TIPO: ABSCESO PULMONAR DERECHO EN MANEJO3. TUBERCULOSIS PULMONAR ??SUBJETIVO: PACIENTE REFIER PASAR BUEÑA NOCHE, REFIERE LEVE DOLOR EN HERIDA QUIRURGICA, AFEBRIL SIN OTRA SINTOMATOLOGIA AGREGADAOBJETIVO: PACIENTE CON PALIDEZ MUCOCUTANEA, NORMOCÉFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOCROMICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL NO DOLOROSO, SIN ADENOPATÍAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR. TÓRAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS BIEN TIMBRADOS SIN SOPLOS, SIN 3ER RUIDO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. TUBO DE AVENAMIENTO PLEURAL DERECHO NORMOFUNCIONAL CON DEBITO SEROHEMATICO DE 90CC EN LAS ULTIMAS 24 HRS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO SE APRECIAN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE. GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO, ADECUADO PARA EDAD Y SEXO, MICCION ESPONTANEA. SONDA VESICAL CON ORINA CLARA. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR <3 SEG.

FECHA: 27/01/2025 10:53:07 a. m. **MÉDICO: CARRILLO ESTRADA MARIA TERESA ESPEC.: MEDICINA INTERNA** **RM: 1122811601**

Evolucion MedicaPACIENTE MASCULINO DE 25 AÑO DE EDAD CURSANDO CON LOS DIAGNOSTICOS DE:1. P.O.P DE TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LOBECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (CUÑA PULMONAR) + PLEURECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (23.01.25)1.1. FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LAVADO BRONQUIAL (23.01.25) CON EXTUBACIÓN EXITOSA (24.01.25)2. PROCESO INFECCIOSO PULMONAR INFERIOR TIPO: ABSCESO PULMONAR DERECHO EN MANEJO3. TUBERCULOSIS PULMONAR ??SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE PASAR BUENA NOCHE, ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, SIN PRESENCIA DE PICOS FEBRILES O SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIAOBJETIVO: PACIENTE CON PALIDEZ MUCOCUTANEA, NORMOCÉFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOCROMICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL NO DOLOROSO, SIN ADENOPATÍAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR. TÓRAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS BIEN TIMBRADOS SIN SOPLOS, SIN 3ER RUIDO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. TUBO DE AVENAMIENTO PLEURAL DERECHO NORMOFUNCIONAL CON DEBITO SEROHEMATICO DE 120CC EN LAS ULTIMAS 24 HRS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO SE APRECIAN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE. GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO, ADECUADO PARA EDAD Y SEXO, MICCION ESPONTANEA. SONDA VESICAL CON ORINA CLARA. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR <3 SEG.

FECHA: 27/01/2025 11:30:00 a. m. **MÉDICO: CARRILLO ESTRADA MARIA TERESA ESPEC.: MEDICINA INTERNA** **RM: 1122811601**

Nota AclaratoriaSE ABRE FOLIO PARA CORREGIR ORDENES MEDICAS

Este documento es propiedad intelectual de CLINICA INTEGRAL SAN JUAN BAUTISTA S.A.S., de conformidad con el Artículo 61 de la Constitución Nacional, Ley 23 de 1982 y Decisión 344 del Acuerdo de Cartagena. En consecuencia queda prohibida la reproducción total y parcial para efectos particulares. El incumplimiento acarreará consecuencias disciplinarias legales.

4. 6 de 6

Clínica Alta Complejidad
San Juan Bautista

EPICRISIS
N°147374

Nit: 900.272.582-6

N° Ingreso: 269857

Nombre Paciente: CARLOS ANDRES CABARCAS MENA

N° Historia Clínica: 1192818612

FECHA: 29/01/2025 9:14:33 p. m. **MÉDICO: DAZA SALINA YELENA MARGARITA** **ESPEC.: MEDICO GENERAL** **RM: 1192921006**

Evolucion MedicaPACIENTE MASCULINO DE 25 AÑO DE EDAD CURSANDO CON LOS DIAGNOSTICOS DE:1. P.O.P DE TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LOBECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (CUÑA PULMONAR) + PLEURECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (23.01.25)1.1. FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LAVADO BRONQUIAL (23.01.25) CON EXTUBACIÓN EXITOSA (24.01.25)2. PROCESO INFECCIOSO PULMONAR INFERIOR TIPO: ABSCESO PULMONAR DERECHO EN MANEJO3. TUBERCULOSIS PULMONAR? SUBJETIVO: REFIERE MEJORIA DEL DOLOR. EXAMEN FISICO: LUCIDO, SIN FOCO NEUROLOGICO AGUDO, NORMOTENSO, BIEN PERFUNDIDO, SIN EDEMA, SIN SIGNOS DE FALLA CARDIACA. R1 Y R2 NORMOFONETICOS, RITMICOS, SIN SOPLOS. EUPNEICO, ADECUADA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, MURMURLLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. TUBO DE AVENAMIENTO PLEURAL DERECHO NORMOFUNCIONAL CON DEBITO SEROHEMATICO DE 120 CC EN LAS ÚLTIMAS 24 HRS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. RHA PRESENTES.

FECHA: 30/01/2025 10:00:36 a. m. **MÉDICO: GARCIA PEÑARANDA JOHN JAIRO** **ESPEC.: CIRUGIA DE TORAX** **RM: 1090372227**

Evolucion MedicaVALORO PACIENTE MASCULINO CON POP 1. P.O.P DE TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LOBECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (CUÑA PULMONAR) + PLEURECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (23.01.25)1.1. FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LAVADO BRONQUIAL (23.01.25) CON EXTUBACIÓN EXITOSA (24.01.25)2. PROCESO INFECCIOSO PULMONAR INFERIOR TIPO: ABSCESO PULMONAR DERECHO EN MANEJOCON ESCASO GASTO POR EL MISMO, EN CONDICIONES CLICNIAS ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO, TOLERANDO OXIGENO AMABIENTE, NIEGA NASUEAS, MARESO Y VOMTOS, NORMOCEFALICO, CARDIOPULMONAR ESTABLE, TORAX SIMETRICO, EXPANDIBLE, CON TUB A TORAX EN HEMITORAX DERECHO, SIN OXILACION, CON ESCASO GASTO, MV AUDIBLE EN AMBOS CMAPOS PULMONARES, ABDOMEN, BLANDO, DPRESIBLE NO DOLOROS, EXTREMIDADES MOVILES SIN DEFORMIDADES, NEUROLOGIOC CONCINETE Y ORIENTADO

FECHA: 30/01/2025 4:30:50 p. m. **MÉDICO: SALINAS OÑATE MARINELLY** **ESPEC.: FISIOTERAPEUTA** **RM: 1123731965**

Nota AclaratoriaPOR FAVOR AL MOMENTO DE FACTURAR OMTIR FOLIO # 139 YA QUE NO PERTENECE AL PACIENTE

FECHA: 30/01/2025 6:16:39 p. m. **MÉDICO: CARRILLO ESTRADA MARIA TERESA** **ESPEC.: MEDICINA INTERNA** **RM: 1122811601**

Evolucion MedicaPACIENTE MASCULINO DE 25 AÑO DE EDAD CON ANTECEDENTES MENCIONADOS. CURSANDO INTERNACION POR: 1. P.O.P DE TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LOBECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (CUÑA PULMONAR) + PLEURECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (23.01.25)1.1. FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LAVADO BRONQUIAL (23.01.25) CON EXTUBACIÓN EXITOSA (24.01.25)2. PROCESO INFECCIOSO PULMONAR INFERIOR TIPO: ABSCESO PULMONAR DERECHO EN MANEJO 3. TUBERCULOSIS PULMONAR ?. LEVE DOLOR EN SITIO DE INSERCION DE TUBO DE AVENAMIETO PLEURAL. EXAMEN FISICO: LUCIDO, SIN FOCO NEUROLOGICO AGUDO, NORMOTENSO, BIEN PERFUNDIDO, SIN SIGNOS DE FALLA CARDIACA. R1 Y R2 NORMOFONETICOS, RITMICOS, SIN SOPLOS. EUPNEICO, ADECUADA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, MURMULLO VESICULAR CONSERVADA, DISMINUCION DE LOS RUIDOS PULMONARES EN BASE PULMONAR DERECHA, TUBO DE AVENAMIENTO PLEURAL DERECHO NORMOFUNCIONAL CON DEBITO SEROHEMATICO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO SE APRECIAN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE.

FECHA: 30/01/2025 9:43:28 p. m. **MÉDICO: RODRIGUEZ HINOJOSA ANDRES ALFREDO** **ESPEC.: MEDICO GENERAL** **RM: 1122416100**

Evolucion MedicaPACIENTE MASCULINO DE 25 AÑO DE EDAD CON ANTECEDENTES MENCIONADOS. CURSANDO INTERNACION POR: 1. P.O.P DE TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LOBECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (CUÑA PULMONAR) + PLEURECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (23.01.25)1.1. FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LAVADO BRONQUIAL (23.01.25) CON EXTUBACIÓN EXITOSA (24.01.25)2. PROCESO INFECCIOSO PULMONAR INFERIOR TIPO: ABSCESO PULMONAR DERECHO EN MANEJO 3. TUBERCULOSIS PULMONAR ?. LEVE DOLOR EN SITIO DE INSERCION DE TUBO DE AVENAMIETO PLEURAL. EXAMEN FISICO: LUCIDO, SIN FOCO NEUROLOGICO AGUDO, NORMOTENSO, BIEN PERFUNDIDO, SIN SIGNOS DE FALLA CARDIACA. R1 Y R2 NORMOFONETICOS, RITMICOS, SIN SOPLOS. EUPNEICO, ADECUADA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, MURMULLO VESICULAR CONSERVADA, DISMINUCION DE LOS RUIDOS PULMONARES EN BASE PULMONAR DERECHA, TUBO DE AVENAMIENTO PLEURAL DERECHO NORMOFUNCIONAL CON DEBITO SEROHEMATICO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO SE APRECIAN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE.

FECHA: 31/01/2025 8:45:34 a. m. **MÉDICO: GARCIA PEÑARANDA JOHN JAIRO** **ESPEC.: CIRUGIA DE TORAX** **RM: 1090372227**

Evolucion MedicaVALORO PACIENTE MASCULINO CON POP 1. P.O.P DE TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LOBECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (CUÑA PULMONAR) + PLEURECTOMÍA PARCIAL POR TORACOSCOPIA (23.01.25)1.1. FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA + LAVADO BRONQUIAL (23.01.25) CON EXTUBACIÓN EXITOSA (24.01.25)2. PROCESO INFECCIOSO PULMONAR INFERIOR TIPO: ABSCESO PULMONAR DERECHO EN CONDICIONES CLICNIAS ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO, TOLERANDO OXIGENO AMABIENTE, NIEGA NASUEAS, MARESO Y VOMTOS, NORMOCEFALICO, CARDIOPULMONAR ESTABLE, TORAX SIMETRICO, EXPANDIBLE, CON TUB A TORAX EN HEMITORAX DERECHO, SIN OXILACION, CON GASTO DE 90 CC EN 24 HORAS, CMECTADO A ASPIRAION, MV AUDIBLE EN AMBOS CMAPOS PULMONARES, ABDOMEN, BLANDO, DPRESIBLE NO DOLOROS, EXTREMIDADES MOVILES SIN DEFORMIDADES, NEUROLOGIOC CONCINETE Y ORIENTADO

FECHA: 31/01/2025 4:37:11 p. m. **MÉDICO: ROJAS ALVAREZ ALVARO IGNACIO** **ESPEC.: INFECTOLOGIA** **RM: 129086**

Evolucion MedicaSE VALORA PACIENTE EN POP DE TORACSOCOPIA DIAGNOSTICA +LOBECTOMIA PARCIAL POR TORACSOCPIA .EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA EN ACEPTABLES CONDICIIONES GENERALES , HIDRATADO, AFEBRIL , CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX ASIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO ALVEOLAR LEVEMENTE DISMINUIDO EN BASE DERECHA CON TUBO DE TORAX FUNCIONANTE CON DEVITO SERO-HEMATICO

Este documento es propiedad intelectual de CLINICA INTEGRAL SAN JUAN BAUTISTA S.A.S., de conformidad con el Artículo 61 de la Constitución Nacional, Ley 23 de 1982 y Decisión 344 del Acuerdo de Cartagena. En consecuencia queda prohibida la reproducción total y parcial para efectos particulares. El incumplimiento acarreará consecuencias disciplinarias legales.

Clínica Alta Complejidad
San Juan Bautista

Nit: 900.272.582-6

EPICRISIS
N°147374

4.607

N° Ingreso: 269857

Nombre Paciente: CARLOS ANDRES CABARCAS MENA

N° Historia Clínica: 1192818612

CLORURO DE SODIO 0.9% 500mL
DexametaSONA 8mg AMP (LAB. VITALIS)
DICLOFENACO 75mg/3mL AMP (LAB. VITALIS)
DIPIRONA MAGNESICA 2g/5mL AMP VITALIS
DIPIRONA SODICA 1g/2mL AMP VITALIS
FENTANYL 0.5mg/10mL AMP (LAB. FRESENIUS)
FITOMENADIONA 1mg AMP (KONAKION) (LAB. BIOSANO S.A.)
HEPARINA BAJO P/MOLECULAR 40mg(LAB. SHENZHEN TECHDOW PHARM..)
HIDROCORTISONA 100mg AMP (LAB. VITALIS)
IBUPROFENO 400mg TAB (LAB. GENFAR)
LOPERAMIDA 2mg TAB
MEPERIDINA CLORHIDRATO 100mg AMP VITECO
METILPREDNISOLONA 500mg AMP-R
METOCLOPRAMIDA 10mg AMP
MORFINA CLORHIDRATO 10MG
OMEPRAZOL 20mg CAP
OMEPRAZOL 40mg AMP lab.VITALIS
PIPERACILINA + TAZOBACTAN 4.5g AMP (LAB. NORSTRAY NUART S.A.S)
SALBUTAMOL 100ug INHALADOR (LAB. BIOTOSCANA)
TRAMADOL 50mg/mL AMP VITALIS
TRAMADOL 100mg/mL AMP lab.(VITALIS)
MIDAZOLAM 15MG I.V/I.M-3ML-DORMICUM (LAB. SICMAFARMA S.A.S)

CONDICIONES GENERALES A LA SALIDA

VIVO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, CIFRAS TENSIONALES EN METAS

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO

DAZA SALINA YELENA MARGARITA
046 - MEDICO GENERAL
CC No. 1192921006
TP No. 1192921006

Este documento es propiedad intelectual de CLINICA INTEGRAL SAN JUAN BAUTISTA S.A.S., de conformidad con el Artículo 61 de la Constitución Nacional, Ley 23 de 1982 y Decisión 344 del Acuerdo de Cartagena. En consecuencia queda prohibida la reproducción total y parcial para efectos particulares. El incumplimiento acarreará consecuencias disciplinarias legales.

Clínica Alta Complejidad
San Juan Bautista

FORMULA MEDICA

FECHA DE ELABORACION
7/02/2025 6:32:33 a. m.
FECHA DE MODIFICACION

4.609

Nit: 900.272.582
Dirección: Calle 7 # 1-74. Teléfono: 7742689
San Juan del Cesar, la Guajira
E-mail:info@clinicasanjuanbautista.com

DATOS DEL PACIENTE

Identificación: 1192818612
Nombre: CARLOS ANDRES CABARCAS MENA
Dirección: VEREDA CAMPANA NUEVA
Edad: 25 Años / 3 Meses / 3 Días
Carpeta: CC1192818612
Teléfono: 3217451383

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 269857 Consecutivo: 344444
Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. - REGIMEN SUBSIDIADO

Fec. Ingreso: 18/01/2025 11:00:47 a. m. Tipo Paciente: Subsidiado

DATOS DE LA ATENCION

Area Solicitante: ESTANCIA HOSPITALIZACION BASICA
Fecha Prescripción: 7/02/2025 6:32:33 a. m. Folio: 225 Cama: 2H210A
Diagnostico: J851 - ABSCESO DEL PULMON CON NEUMONIA

INDICACIONES A PACIENTE

AMOXACILINA + ACIDO CLAVULONICO TAB 1 GR VIA ORAL CADA DIA POR 14 DIAS #14

MELOXICAM TAB 200 MG VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 7 DIAS #14

ACETAMINOFEN TAB 500 MG VIA ORAL CADA 6 HORAS #28

RETIRO DE CURA EN 4 DIAS LUEGO CURA DIARIA

RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS

INCENTIVOS RESPIRATORIOS CADA 4 HORAS POR 1 MES

CITA POR CONSULTA EXTERNA CON CIRUGIA DE TORAX EN 2 SEMANAS

CITA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA CON INFECTOLOGIA EN 1 MES

DAZA SALINA YELENA MARGARITA
046 - MEDICO GENERAL
CC No. 1192921006
TP No. 1192921006

LICENCIADO A: [CLÍNICA ALTA COMPLEJIDAD SAN JUAN BAUTISTA S.A.S] NIT [900272582-6]

Usuario: 1122412864

4. 609

Clínica Médicos Alta Complejidad Del Caribe

CLINICA ALTA COMPLEJIDAD DEL CARIBE

Laboratorio Clinico

ORDEN:	202501250587	**FECHA INGRESO:**	25/01/25 10:01 AM
PACIENTE:	CABARCAS MENA CARLOS ANDRES	**FECHA IMPRESIÓN:**	null
HISTORIA:	1192818612	**SEXO:**	masculino
EDAD:	25 años	**SERVICIO:**	CONSULTA EXTERNA
Fecha Verificación:	null	**null:**	

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia

PATOLOGIA

null

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO — Ver Adjunto

Método: Examen microscópico

Fecha de Toma :

Fecha de Validacion : 6/03/25 03:12 PM

Firma del Responsable :

49695094

MARYLOY FERNANDEZ SOTO
CITOLOGA
CC. 49695094

Adjuntos

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

Clínica Médicos Alta Complejidad Del Caribe

CLINICA ALTA COMPLEJIDAD DEL CARIBE

Laboratorio Clinico

ORDEN:	202501250587	**FECHA INGRESO:**	25/01/25 10:01 AM
PACIENTE:	CABARCAS MENA CARLOS ANDRES	**FECHA IMPRESIÓN:**	null
HISTORIA:	1192818612	**SEXO:**	masculino
EDAD:	25 años	**SERVICIO:**	CONSULTA EXTERNA
Fecha Verificación:	null	**null:**	

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia

Bio-Molecular Diagnóstico S.A.S.

Cliente No:
Peticion No: 258000340
Paciente: CARLOS ANDRES CABARCAS MENA
Documento: CC 1192818612
Empresa: CLINICA MEDICOS VALLEDUPAR
Estado: RUTINARIO
Autorización
Dx Clínico:
CIE10:

Fecha Toma: 24/01/2025
Fecha Ingreso: 27/01/2025
Fecha Salida: 02/02/2025
Sede: VALLEDUPAR
Edad: 25 Años 2 Meses 22 Dias **Género:** M
Centro Plan: CLINICA MEDICOS ALTA COMPLEJIDAD DEL
Especimen Enviado PERIFERICA
Medico:

Copia

REPORTE DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Rotulado "lobulo pulmotar inferior derecho". Se recibe 1 cuña pulmonar nodulosa rugosa que mide 4 x 1.5 x 1 cm, al corte parda clara con área nodulosa. Se procesan cortes representativos en 2 bloques.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

Los cortes muestran lesion de naturaleza quistica constituida por pared de tejido fibroconectivo acompañado de haces de musculo liso y tapizada por epitelio respiratorio sin atipia.

DIAGNÓSTICO:

PULMÓN INFERIOR DERECHO -LESION RESECCION:
- NEGATIVO PARA MALIGNIDAD
- QUISTE BRONQUIAL

CV/MC

CRISTHIAN ANDREY VERA ROJAS
PATOLOGO

Carrera 19 # 65-11 Edificio (torre, piso 4 (consultorio - Colombia)
(Cel: 3104663391 Tel: 3007841 - 3007915

PUNTA PEREIRA MANIZALES VILLAVICENCIO CALI MEDELLIN MONQUIRA

Fecha de impresion: 6/02/2025 3:11 p. m. Page 1 of 1

Fecha de Toma :

Fecha de Validacion :

Firma del Responsable :

null

 4.611

Clínica Alta Complejidad
San Juan Bautista

CONSULTA EXTERNA

Nit: 900.272.582-6

Nº Ingreso: 271923

Nº Historia Clínica:	11928186[illegible]	Fec. Ingreso:	17/02/2025 8:05:09 a. m.
Nombre Paciente:	CARLOS ANDRES CABARCAS MENA	Identificacion:	1192818612 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	05/noviembre/199 Edad Actual: 25 Años / 3 Meses / 13 Días	Estado Civil:	UnionLibre
Dirección:	VEREDA CAMPANA NUEVA	Teléfono:	3217451383
Procedencia:	DIBULLA	Nivel - Estrato:	NIVEL 1
Entidad:	20141 - NUEVA EPS S.A. REGIMEN SUBSIDIADO	Régimen:	Regimen_Simplificado
FOLIO Nº 228	(Fecha: 17/02/2025 01:16 p. m.)		

Motivo de consulta

ME OPERARON EL 23 DE ENERO , REFIERE SENTIRSE MEJOR PACIENTE QUE AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. HIDRATDO, AFEBRIL , PUPILAS ISOCORICAS NORMROEACTIVAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS CERVICALES , TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO ALVEOLAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES LEVEMENTE DISMINUIDO EN BASE DERECHA HERIDA QUIRURGICA , CON DEHISCENSIA EN ANGULO POSTERIOR SIN SIGNOS DE FLOGOSIS .

Enfermedad actual

PACIENTE EN POP TARDIO DE TORACOSCOPIA+RESECCION PARCIAL DE LOBULO POR ABSCESO PULMONAR

Analisis

PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA PACIN QUE DEBE TENER CONTROL EN 15 DIAS PARA RETIRO DE PUNTOS Y REPORTE DE BIOPSIA

INDICACIONES MEDICAS

CITA CONTROL EN 15 DIAS POR NUESTRA ESPECIALIDAD CON REPORTE DE BIOPSIA

DIAGNOSTICOS:

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACION DIAG.
J851	ABSCESO DE PULMON CON NEUMONIA	

GARCIA PEÑARANDA JOHN JAIRO
CIRUGIA DE TORAX
1990372227
1090372227

4.612

Clínica Alta Complejidad
San Juan Bautista

NIT: 900.272.582-6
Dirección: Calle 7 # 1-74. Teléfono: 7742689
San Juan del Cesar, la Guajira
E-mail: [illegible]@csanjuanbautista.com

INGRESO: 271923

INDICACIÓN MEDICA

N° Historia Clínica:	1192818612		
Nombre Paciente:	CARLOS ANDRES CABARCAS MENA	**Fec. Ingreso:**	17/02/2025 8:05:09 a. m.
Fecha Nacimiento:	05/noviembre/19 **Edad Actual:** 25 Años / 3 Meses / 13 Días 99	**Identificación:**	1192818612 **Sexo:** Masculino
		Estado Civil:	UnionLibre
Dirección:	VEREDA CAMPANA NUEVA		
Procedencia:	EBULLA	**Teléfono:**	3217451383
Entidad:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. - REGIMEN SUBSIDIADO	**Ocupación:**	
		Régimen:	Regimen_Simplificado
Regimen:	Subsidiado **Tipo Afiliado:** Ninguno	**Nivel - Estrato:**	NIVEL 1
FOLIO N° 228	**(Fecha: 17/02/2025 01:38 p. m.)**		

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida

Detalle: CITA CONTROL EN 15 DIAS POR NUESTRA ESPECIALIDAD CON REPORTE DE BIOPSIA

GARCIA PEÑARANDA JOHN JAIRO
CIRUGIA DE TORAX
CC No. 1090372227
TP No. 1090372227

4.613

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **26.969.766**

MENA VELASQUEZ

APELLIDOS

JESSIE LINETH

NOMBRES

Jessie Mena

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ENE-1979**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

20-MAR-1998 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4800500-01340645-F-0026969766-20230202 **0096**851914A 1 8506718382

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

4.64

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Delfa Cristina Rodes R.			CC	26.965.003	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
21-02-1946	Dibulla		La Guajira		
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
74	Hombre		Nueva EPS.		DD/MM/AAAA
	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		La Punta	
Dirección de vivienda:		Carrera 1 # 5-90 *Nombre vía, número residencial, interior, torre y apartamento*			
Barrio / Vereda		La Entrada			
Se reconoce como víctima del conflicto armado		SÍ ✓	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Grupo armado
Pertenencia étnica:		SÍ	NO ✓	¿Cuál?	
Género		Femenino ✓			
		Masculino			

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Wilmer Verbel Rodes		CC ✓	CE	PP	40.935.206
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Hijo	Hijo				Carrera 1 # 5-90
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
313 778 4295 - 300 510 2940					

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 **26.965.003**

ROJAS PACHECO

APELLIDOS

DELFA QUINTINA

NOMBRES



Delfa Rojas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-1946**

DIBULLA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

21-ENE-1974 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800500-00190963-F-0026965003-20091027 0017496457A 2 25480517

4. 616

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
DELFA	QUINTINA	ROJAS	PACHECO

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: 26965003

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	7	10

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	65.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b729.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s770.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.2 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.

5

4.618

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Eliecer Enrique Barros			cc	5 149782	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
11/11/1949	Riohacha		La Guajira	Dibulla	
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
75	Hombre	✓	Cada Copi	Esquizofrenia	DD/MM/AAAA
	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		La Punta	
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? Grupo Armado	
Pertenencia étnica:		SÍ	NO	¿Cuál?	
Género		Femenino			
		Masculino ✓			

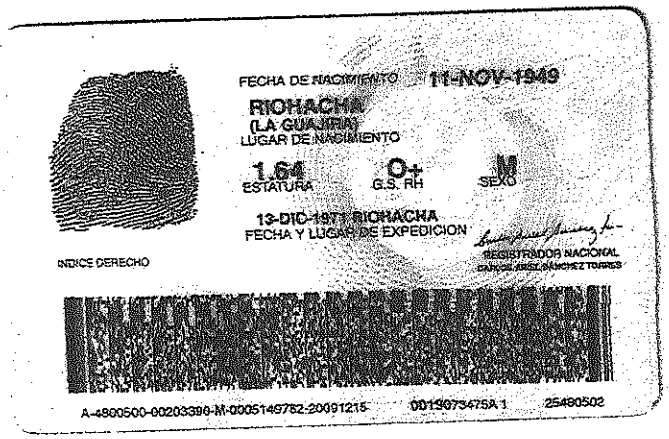
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos		Tipo identificación:			Número:
Jonny Barros Pacheco		CC ✓	CE	PP	1.123.401.100
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)				Dirección
Hijo	Hijo				Carrera 7
Teléfono fijo / Celular		Correo electrónico			
320 629 98 74					

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?

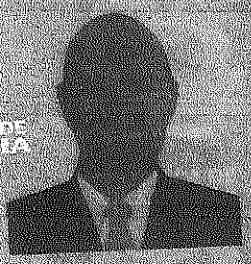

REPUBLICA DE
COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 8.146.742
APELLIDOS
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE
COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1949
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
13-DIC-1977 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-4800500-00203396-M-0008149782-20091215 0013073475A 1 25480502

4620

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.149.762
BARROS REDONDO
APELLIDOS
ELIECER ENRIQUE
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1949
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-DIC-1971 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00203390-M-0005149762-20091215 0019073475A 1 25480502

4-621

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
ELIECER	ENRIQUE	BARROS	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: 5149782

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	7	10
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	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.3 b125.3 b130.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.278

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.2 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 5149782 **BARROS REDONDO ELIECER ENRIQUE** **H, 75 Años (11-Nov-1949)**

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: KR2 N 5-30 - Teléfono: 0000000000 - Correo electrónico: facturaciondibulla@gmail.com, Barrio: -BARRIO SIN DATO (Zona Urbana),

Comuna: COMUNA, Zona: Urbana - Municipio: [44090] DIBULLA

En caso de urgencia avisar a: ELIECER ENRIQUE BARROS REDONDO ( ) - Dirección: - Teléfono: 0000000000

Apertura CONSULTA DE MEDICINA INTERNA del 21-May-2025 10:25 pm: 75 Años

Id: 139750

***

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL DE RCV

ENFERMEDAD ACTUAL

AP: HIPERTENSION (LOSARTAN 50 X2 CLOPIDROGUEL 75X1 ATORTAVASTATINAS ASA OMPERAZOL) ACV SECUELADO CON HEMIPARESIA IZQUIERDA CLOZAPINA 50 MG DIA

EA: PACIENTE ADULTO MAYOR EN SU SEPTIMA DECADA DE LA VIDA , QUIEN INGRESA A SU CONTROL PERIODICO DE RCV,CON BUENA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS EN EL DIA DE HOY REFIERE SENTIRSE BIEN ,ESTA CON TRASTORNO DEL SUEÑO.

AL EXAMEN FISICO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , BUEN PATRON CARDIORESPIRATORIO SIN AGREGADOS , ABDOMEN BLANDO DEPRESIKBLE NO DOLOROSO , DIURESIS POSITIVA .

NO TRAE PARACLINICOS.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

HIPERTENSION ARTERIAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NINGUNO

Dra. Liz Mindiola
Internista - Diabetologa
Res: 19403
PROFESIONAL: [6202] MED INTERNISTA- LIZ MINDIOLA GOMEZ -
Especialidad: MEDICINA INTERNA
[440900022701] ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

****Evolución del 21-May-2025 10:25 pm: 75 Años**

Id: 193287

Fecha de grabación: 21-May-2025 10:36 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.5ºC, Peso: 63.3 Kgs., Talla: 164 cms., IMC: 23.54 Peso Normal , Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: 95.24 mL/min (Valor creatinina=0.60 mg/dL --> Clasificación: ESTADIO 1), Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

4-624

E.S.E HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA
Dibulla saludable, camino al bienestar.
NIT. 825001037-1

HISTORIA CLINICA CONSULTA EXTERNA

FECHA Y HORA DE CONSULTA	DIA	MES	AÑO	HORA	No. DE HISTORIA CLINICA
	14	12	22		

IDENTIFICACIÓN 5149782

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Eliecer	Barros	Redondo

FEHCA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD
18-11-49	73	Casado	Hogar	

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.	NOMBRE Y APELLIDO DEL CONYUGE	EDAD	ESCOLARIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCION Y LUGAR DE RESIDENCIA La punta
Guajira	

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: -	REG. DE SEG. CONT.: SUBS. X VINC. ING.
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE:	EMPRESA RESPONSABLE: Caja copi
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:	TELEFONO:
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE:	TELEFONO:

MOTIVO DE LA CONSULTA: "Control, HTA"

ENFERMEDAD ACTUAL: Masculino de 73 años de edad que acude a control de HTA, niega cefalea, niega dolor precordial, niega ingresos recientes o vigencias.

I. ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENCIÓN:	SI:		NO:	X	TUMORES:	SI:	NO: X
DIABETES:	SI:		NO:	X	EPILEPSIA:	SI:	NO: X
HEOATOPATIA:	SI:		NO:	X	ENF. RENAL:	SI:	NO: X
SIFILEIS:	SI:		NO:	X	ENF. CARDIOVASCULAR:	SI:	NO: X
MENTALES:	SI:		NO:	X	OTROS:	SI:	NO: X

OBSERVACIONES:

II. ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES:	SI:		NO:		FUMADORA:	SI:	NO:
HIPERTENCION:	SI:	X	NO:		TUMORES:	SI:	NO:
T.S.:	SI:		NO:		ALERGIAS:	SI:	NO:
INF. URINARIA:	SI:		NO:		TROMBOFLEBITIS:	SI:	NO:
CARDIOPATIA:	SI:		NO:		CIRUGIA GENEC:	SI:	NO:
ENF: PELVICA:	SI:		NO:		CAUTERIZACION:	SI:	NO:
CONVULCIONES:	SI:		NO:		RADIOTERAPIA:	SI:	NO:

OBSERVACIONES: Epilepsia

III. HISTORIA GINECOOBSTETRICA

MENARQUIA:	AÑO:	CICLOS:	VIDA MARITAL:	AÑO VIDA OBST:	AÑOS:
GRAVIDAD		PARA:	ABORTO:	CASARIAS:	
RESULTADO DE CIOLOGIA Y FECHA:					
OBSERVACIONES:					

4-625



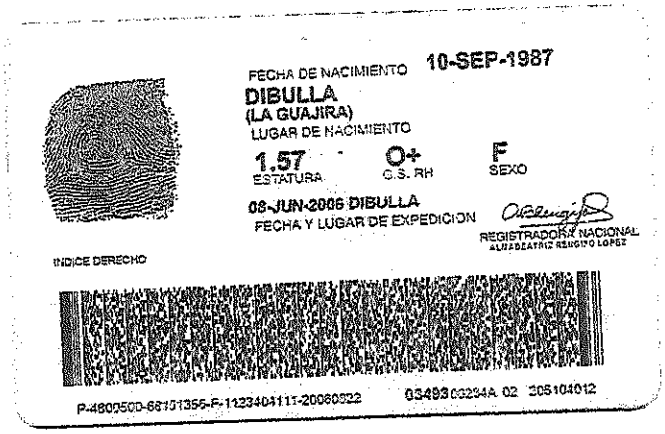
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.404.111

BARROS PACHECO
APELLIDOS

JANNA FARIALIS
NOMBRES

Janna Barros P.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-1987
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
08-JUN-2006 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO

P-4800500-68151355-F-1123404111-20060922 0349300234A 02 205104012

6

4.626

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
Eliecer Ustate Mendoza			CC	5.149.769	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Departamento:	Ciudad / Municipio:	País:
09-oct-1943	Riohacha		Guajira		
Edad:	Sexo:		EPS/EPSS	Diagnóstico	Fecha de ingreso a la Modalidad:
82	Hombre	x	Ueca Eps	ACV	DD/MM/AAAA
	Mujer				

Categoría de Discapacidad	Certificado de Discapacidad		RLCPcD	
	SÍ	NO	SÍ	NO

Cuenta con PARD abierto		Departamento donde reside:	Ciudad / Municipio:
SÍ	NO		La Punta
Dirección de vivienda:		Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento	
Barrio / Vereda		Calle La Manga - #293.	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ	NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?
Pertenencia étnica:	SÍ	NO	¿Cuál?
Género			Femenino
			Masculino x

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
YOLIMA PEREZ Mendoza	CC X	CE	PP	26.976791
Parentesco	Rol (padre-madre-cuidador)			Dirección
Esposa				
Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico			
3202727755				

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?

4.622

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.149.769
MOSCOTE MINDIOLA

APELLIDOS
ELIECER

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-1943
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

20-DIC-1965 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800500-00186752-M-0005149769-20091016 0017189115A 2 25480558

4.628

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
ELIECER		MOSCOTE	MINDIOLA
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: 5149769

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	11

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	X	NO	
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	100.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	100.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3 b429.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.4 d879.4 d920.4

RENACER

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER SAS
825003080
CALLE 14 A # 11 - 09

5149769

HISTORIA CLINICA No. CC 5149769 -- ELIECER MOSCOTE MINDIOLA
Fec. Nacimiento: 09/10/1943 **Edad actual:** 81 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: NUEVA EPS - SBS
Afiliado: NIVEL 1
Barrio: SAN MARTIN DE PORRES **Teléfono:** 3234931701
Dirección: CRA 18 # 15-21
Etnia: Ninguno de los Anteriores
Discapacidad: FISICA O MOTRIZ
Nivel Educativo: NINGUNO
Ubicación: CONSULTA EXTERNA - / CIA12,02
Ocupación: INDEPENDIENTE

Municipio: RIOHACHA
Departamento: LA GUAJIRA
Grupo Etnico:
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCION 001 CLINICA RENACER SAS Cod. de habilitación 440010044101 Edad 81 años 9 meses 27 dias
FOLIO 146 FECHA 05/08/2025 09:06:19 TIPO DE ATENCION : AMBULATORIO CONSULTA EXTERNA

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

MASCULINO DE 81 AÑOS, RESIENTE EN FRCV (+) HTA, ACV ISQUEMICO (#2 OCASIONES) PORTADOR DE MCP. ~~MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICAS CON FEVI CONSERVADA + FA ACO. MH: APIXABAN 5 MG CADA 12 HORAS. HTZ 25 MG~~ DIA. AMLODIPINO 10 MG CADA 12 HORAS LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS. METOPROLOL 50 MG CADA 12 HORAS. OMEPRAZOL 20 MG CADA 12 HORAS. LACOSAMIDA 200 MG CADA 12 HORAS. ALERGICOS: TRAMADOL. QX: CCG (SLAS). APP: EPILEPSIA.
MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL CARDIOLOGICO.
ENFERMEDAD ACTUAL: ASINTOMÁTICO PARA DISNEA, ANGOR, EQUIVALENTES. CONTROL POR RIESGO CARDIOVASCULAR. BRADIPSIQUIA Y BRADIQLALIA DE RECIENTE COMIENZO. ADEMAS AL INTERROGATORIO DIRIGIDO, FAMILIAR REFIERE INAPETENCIA ALIMENTARIA.
EXAMEN FISICO: TA 100/60MMHG FC 61 X MIN FR 16 X MIN SATO2 99 %. P 76.5 (81.6) KG T 180 CMS.
CCC: NORMOCÉFALO, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS, SIN IY. CP: CARDIACO RÍTMICO SIN SOPLOS, SIN SIGNOS AGUDOS DE FALLO DE BOMBA. PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS. SIN SOBREAGREGADOS. ABDOMEN: PLANO, INDOLORO, RHA (+) NO MEGALIAS EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS SIN EDEMA. SNC: SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO EVIDENTE.
TIENE:
LABORATORIOS (24/02/2025) TSH 3.04 PBNP 1118 HB GLI 6.5 AC URICO 5.7 HDL 53.7 LDL 98.7 COLEST 176 TG 118 CREA 1.1
ECO TT (25/02/2025) FEVI CONSERVADA. AI MODERADAMENTE DILATADA. IM LEVE. RITMO DE FA DURANTE MONITORIZACION.
~~HOLTER CARDIACO DE 24 HORAS (29/03/2025) RITMO DE FA DURANTE MONITORIZACION, FC 110 X MIN. SIN PAUSAS~~ SIGNIFICATIVAS.
APORTA:
HOLTER CARDIACO DE 24 HORAS (06/2025) RITMO NO SINUSAL DURANTE MONITORIZACION. FA CON RESPUESTA VENTRICULAR VARIABLE. FC PROMEDIO 110 XMIN. CARGA ARRITMICA <5%. SIN PAUSAS SUPERIORES A 2.5 SEG.
MAPA (07/07/2025) PRESION ARTERIAL OPTIMA.
ECO TT (02/07/2025) VI CON REMODELADO CONCENTRICO. FEVI LEVEMENTE DEPRIMIDA 48%. AI SEVERAMENTE DILATADA. IAO LEVE. IM MODERADA, PSAP 23 MMHG.
ANALISIS:
PACIENTE EN NOVENA DECADA DE VIDA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON FRCV (+), QUIEN NIEGA ANGOR U EQUIVALENTES, REGULAR ADHERENCIA A TRATAMIENTO, SIN SIGNOS AGUDOS DE FALLO DE BOMBA. DESDE LO CARDIOLOGICO COMPENSADO. SE MODIFICA DOSIS DE BB Y ANTIHIPERTENSIVO POR TENDENCIA A LA HIPOTENSION Y BRADICARDIA. S/S TAC DE CEREBRO SIMPLE BAJO SEDACION-VALORACION POR NEUROLOGIA EN CONTEXTO DE BRADIPSIQUIA Y BRADIQLALIA DE RECIENTE COMIENZO. ADEMAS AL INTERROGATORIO DIRIGIDO, FAMILIAR REFIERE INAPETENCIA ALIMENTARIA. S/S ADEMAS RUTINA DE LABORATORIOS COMPLETA.
DESDE LO FARMACOLOGICO:
LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER SAS
825003080
CALLE 14 A # 11 - 09

HISTORIA CLINICA No. CC 5149769 -- ELIECER MOSCOTE MINDIOLA
Fec. Nacimiento: 09/10/1943 **Edad actual:** 81 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: NUEVA EPS - SBS
Afiliado: NIVEL 1
Barrio: SAN MARTIN DE PORRES **Teléfono:** 3234931701
Dirección: CRA 18 # 15-21
Etnia: Ninguno de los Anteriores
Discapacidad: FISICA O MOTRIZ
Nivel Educativo: NINGUNO
Ubicación: CONSULTA EXTERNA - / CIA12,02
Ocupación: INDEPENDIENTE

Municipio: RIOHACHA
Departamento: LA GUAJIRA
Grupo Etnico:
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

AMLODIPINO 10 MG CADA 12 HORAS ** SUSPENDIDO**
METOPROLOL 50 MG CADA 24 HORAS. ** MODIFICADO**
APIXABAN 5 MG CADA 12 HORAS.
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG DIA.
OMEPRAZOL 20 MG CADA 12 HORAS.
LACOSAMIDA 200 MG CADA 12 HORAS.

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo: PRINCIPAL

ANALISIS

MASCULINO DE 81 AÑOS, RESIENTE EN FRCV (+) HTA, ACV ISQUEMICO (#2 OCASIONES) PORTADOR DE MCP. MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICAS CON FEVI CONSERVADA + FA ACO. MH: APIXABAN 5 MG CADA 12 HORAS. HTZ 25 MG DIA. AMLODIPINO 10 MG CADA 12 HORAS LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS. METOPROLOL 50 MG CADA 12 HORAS. OMEPRAZOL 20 MG CADA 12 HORAS. LACOSAMIDA 200 MG CADA 12 HORAS. ALERGICOS: TRAMADOL. QX: CCG (SLAS). APP: EPILEPSIA.

~~MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL CARDIOLOGICO.~~

ENFERMEDAD ACTUAL: ASINTOMÁTICO PARA DISNEA, ANGOR, EQUIVALENTES. CONTROL POR RIESGO CARDIOVASCULAR. BRADIPSIQUIA Y BRADIQLALIA DE RECIENTE COMIENZO. ADEMAS AL INTERROGATORIO DIRIGIDO, FAMILIAR REFIERE INAPETENCIA ALIMENTARIA.

EXAMEN FISICO: TA 100/60MMHG FC 61 X MIN FR 16 X MIN SATO2 99 %. P 76.5 (81.6) KG T 180 CMS.

CCC: NORMOCÉFALO, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS, SIN IY. CP: CARDIACO RÍTMICO SIN SOPLOS, SIN SIGNOS AGUDOS DE FALLO DE BOMBA. PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS. SIN SOBREAGREGADOS. ABDOMEN: PLANO, INDOLORO, RHA (+) NO MEGALIAS EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS SIN EDEMA. SNC: SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO EVIDENTE.

TIENE:

LABORATORIOS (24/02/2025) TSH 3.04 PBNP 1118 HB GLI 6.5 AC URICO 5.7 HDL 53.7 LDL 98.7 COLEST 176 TG 118 CREA 1.1

ECO TT (25/02/2025) FEVI CONSERVADA. AI MODERADAMENTE DILATADA. IM LEVE. RITMO DE FA DURANTE MONITORIZACION.

HOLTER CARDIACO DE 24 HORAS (29/03/2025) RITMO DE FA DURANTE MONITORIZACION, FC 110 X MIN. SIN PAUSAS SIGNIFICATIVAS.

APORTA:

HOLTER CARDIACO DE 24 HORAS (06/2025) RITMO NO SINUSAL DURANTE MONITORIZACION. FA CON RESPUESTA VENTRICULAR VARIABLE. ~~FC PROMEDIO 110 XMIN. CARGA ARRITMICA <5%. SIN PAUSAS SUPERIORES A 2.5 SEG.~~

MAPA (07/07/2025) PRESION ARTERIAL OPTIMA.

ECO TT (02/07/2025) VI CON REMODELADO CONCENTRICO. FEVI LEVEMENTE DEPRIMIDA 48%. AI SEVERAMENTE DILATADA. IAO LEVE. IM MODERADA. PSAP 23 MMHG.

ANALISIS:

PACIENTE EN NOVENA DECADA DE VIDA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON FRCV (+), QUIEN NIEGA ANGOR U EQUIVALENTES, REGULAR ADHERENCIA A TRATAMIENTO, SIN SIGNOS AGUDOS DE FALLO DE BOMBA. DESDE LO CARDIOLOGICO COMPENSADO. SE MODIFICA DOSIS DE BB Y ANTIHIPERTENSIVO POR TENDENCIA A LA HIPOTENSION Y BRADICARDIA. S/S TAC DE CEREBRO SIMPLE BAJO SEDACION-VALORACION POR NEUROLOGIA EN CONTEXTO DE

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER SAS
825003080
CALLE 14 A # 11 - 09

5149769

HISTORIA CLINICA No. CC 5149769 -- ELIECER MOSCOTE MINDIOLA
Fec. Nacimiento: 09/10/1943 **Edad actual:**81 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: NUEVA EPS - SBS
Afiliado: NIVEL 1 **Municipio:** RIOHACHA
Barrio: SAN MARTIN DE PORRES **Teléfono:** 3234931701 **Departamento:** LA GUAJIRA
Dirección: CRA 18 # 15-21 **Grupo Etnico:**
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: FISICA O MOTRIZ **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Nivel Educativo:NINGUNO
Ubicación: CONSULTA EXTERNA - / CIA12,02
Ocupación: INDEPENDIENTE

BRADIPSIQUIA Y BRADIQLALIA DE RECIENTE COMIENZO. ADEMAS AL INTERROGATORIO DIRIGIDO, FAMILIAR REFIERE INAPETENCIA ALIMENTARIA. S/S ADEMAS RUTINA DE LABORATORIOS COMPLETA.
DESDE LO FARMACOLOGICO:
LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS.
AMLODIPINO 10 MG CADA 12 HORAS ** SUSPENDIDO**
METOPROLOL 50 MG CADA 24 HORAS. ** MODIFICADO**
APIXABAN 5 MG CADA 12 HORAS.
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG DIA.
OMEPRAZOL 20 MG CADA 12 HORAS.
LACOSAMIDA 200 MG CADA 12 HORAS.

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE BAJO SEDACION	Pendiente

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	~~TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]~~	~~Pendiente~~
1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	Pendiente
1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRA	Pendiente
1	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	Pendiente
1	CALCIO IONICO	Pendiente
1	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Pendiente
1	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	Pendiente
1	CLORO	Pendiente
1	~~FOSFATASA ALCALINA~~	~~Pendiente~~
1	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Pendiente
1	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	Pendiente
1	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	Pendiente
1	NITROGENO UREICO	Pendiente
1	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Pendiente
1	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Pendiente
1	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	Pendiente
1	~~TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]~~	~~Pendiente~~
1	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	Pendiente
1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Pendiente

CONSULTAS

Cantidad	Descripción	
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	Pendiente
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	Pendiente

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad	Descripción

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER SAS
825003080
CALLE 14 A # 11 - 09

5149769

HISTORIA CLINICA No. CC 5149769 -- ELIECER MOSCOTE MINDIOLA
Fec. Nacimiento: 09/10/1943 **Edad actual:** 81 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: NUEVA EPS - SBS
Afiliado: NIVEL 1
Barrio: SAN MARTIN DE PORRES **Teléfono:** 3234931701
Dirección: CRA 18 # 15-21
Etnia: Ninguno de los Anteriores
Discapacidad: FISICA O MOTRIZ
Nivel Educativo: NINGUNO
Ubicación: CONSULTA EXTERNA - / CIA12,02
Ocupación: INDEPENDIENTE

Municipio: RIOHACHA
Departamento: LA GUAJIRA
Grupo Etnico:
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

90.00 OMEPRAZOL 20MG 20 MG
Dosis: 0,00 CAPSULA **Via** ORAL **Frecuencia** . **Estado:** NUEVO
Esquema
Observación: TOMAR 1 DIARIA

90.00 APIXABAN 5 MG TABLETA 5 MG
Dosis: 0,00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** . **Estado:** NUEVO
Esquema
Observación: TOMAR 1 CADA 12 HORAS

90.00 HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG 25 MG
Dosis: 0,00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** . **Estado:** NUEVO
Esquema
Observación: TOMAR 1 DIARIA

90.00 METOPROLOL SUCCINATO*50MG-TABLETA 50 MG
Dosis: 0,00 MILIGRAMO **Via** ORAL **Frecuencia** . **Estado:** NUEVO
Esquema
Observación: TOMAR 1 DIARIA

180.00 LOSARTAN 50 MG 50 MG
Dosis: 0,00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** . **Estado:** NUEVO
Esquema
Observación: TOMAR 1 CADA 12 HORAS

JESUS DAVID ESTRADA REALES
Reg. 8646514
CARDIOLOGO

4.633

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER SAS [AROrdSumnC3]
CLINICA RENACER SAS
825003080

Fecha Impresión: 05/08/25
Hora Impresión: 09:51:23

CALLE 14A N 11 - 09- Tel. -7282809

FORMULA MEDICA AMBULATORIA PBS

Departamento: LA GUAJIRA **Municipio:** RIOHACHA **Fecha de formulación:** 05/08/2025 09:06:19
Paciente: CC 5149769 ELIECER MOSCOTE MINDIOLA **Historia Clínica:** 5149769
Edad: 81 AÑOS **Sexo:** M **Diagnóstico:** I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Empresa: NUEVA EPS - SBS
Tipo Usuario: SUBSIDIADO - NIVEL 1 **Cama:**
Folio No. 146 **Pabellón:** CONSULTA EXTERNA

No.	Descripción									
1	LOSARTAN 50 MG									
Dosis	0,00 TABLETA	**Vía**	ORAL	**Frecuencia**		**Duración**	90 DIAS	**Cantidad**	180 CIENTO OCHENTA TABLETA	
Observación: TOMAR 1 CADA 12 HORAS										
2	METOPROLOL SUCCINATO*50MG-TABLETA									
Dosis	0,00 MILIGRAMO	**Vía**	ORAL	**Frecuencia**		**Duración**	90 DIAS	**Cantidad**	90 NOVENTA TABLETA	
Observación: TOMAR 1 DIARIA										
3	APIXABAN 5 MG TABLETA									
Dosis	0,00 TABLETA	**Vía**	ORAL	**Frecuencia**		**Duración**	90 DIAS	**Cantidad**	90 NOVENTA TABLETA	
Observación: TOMAR 1 CADA 12 HORAS										
4	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG									
Dosis	0,00 TABLETA	**Vía**	ORAL	**Frecuencia**		**Duración**	90 DIAS	**Cantidad**	90 NOVENTA TABLETA	
Observación: TOMAR 1 DIARIA										
5	OMEPRAZOL 20MG									
Dosis	0,00 CAPSULA	**Vía**	ORAL	**Frecuencia**		**Duración**	90 DIAS	**Cantidad**	90 NOVENTA CAPSULA	
Observación: TOMAR 1 DIARIA										

Nota: **Fórmula válida hasta 30 Días a partir de la fecha de expedición.**
Para reclamar sus medicamentos es necesario presentar este documento.

Firma Profesional

JESUS DAVID ESTRADA REALES
CARDIOLOGO
Reg. MD. 8646514

Firma Usuario

*** **ORIGINAL** ***

RENACER

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER SAS

825003080

[AROrmed1]

Fecha: 05/08/25
Hora: 09:51:08
Página: 2

CALLE 14 A # 11 - 09

ORDENES MEDICAS AMBULATORIAS

LABORATORIOS

Fecha Ord. Medica: 05/08/2025 09:06:19

Paciente : CC 5149769 ELIECER MOSCOTE MINDIOLA
Fecha de nacimiento: 09/10/43 **Edad :** 81 AÑOS **Sexo:** MASCULINO **Folio:** 146
Sede: CLINICA RENACER SAS
Empresa: NUEVA EPS - SBS
Pabellon: CONSULTA EXTERNA **Cama:**
Diagnóstico : I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Procedimiento	Descripción	Cant.
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	1
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	1
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1
903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	1
903604	CALCIO IONICO	1
903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	1
903813	CLORO	1
903833	FOSFATASA ALCALINA	1
903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	1
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1
903856	NITROGENO UREICO	1
903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1
903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	1
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1

JESUS DAVID ESTRADA REALES

Nombre / Firma del médico
C.C Nº 8646514
Reg. MD. 8646514
Especialidad: CARDIOLOGO

4. 636

RENACER

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER SAS

825003080

[AROrmed1]

Fecha: 05/08/25
Hora: 09:51:08
Página: 3

CALLE 14 A # 11 - 09

ORDENES MEDICAS AMBULATORIAS

CONSULTAS

Fecha Ord. Medica: 05/08/2025 09:06:19

Paciente : CC 5149769 ELIECER MOSCOTE MINDIOLA
Fecha de nacimiento: 09/10/43 Edad : 81 AÑOS Sexo: MASCULINO Folio: 146
Sede: CLINICA RENACER SAS
Empresa: NUEVA EPS - SBS
Pabellon: CONSULTA EXTERNA Cama:
Diagnóstico : I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Procedimiento	Descripciòn	Cant.
890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1
890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	1

JESUS DAVID ESTRADA REALES

Nombre / Firma del médico
C.C N° 8646514
Reg. MD. 8646514
Especialidad: CARDIOLOGO

4.637

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RENACER SAS

825003080

[AROrmed1]

Fecha: 05/08/25
Hora: 09:51:08
Página: 1

CALLE 14 A # 11 - 09

ORDENES MEDICAS AMBULATORIAS

IMAGENES DIAGNOSTICAS

Fecha Ord. Medica: 05/08/2025 09:06:19

Paciente : CC 5149769 ELIECER MOSCOTE MINDIOLA
Fecha de nacimiento: 09/10/43 Edad : 81 AÑOS Sexo: MASCULINO Folio: 146
Sede: CLINICA RENACER SAS
Empresa: NUEVA EPS - SBS
Pabellon: CONSULTA EXTERNA Cama:
Diagnóstico : I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Procedimiento	Descripción	Cant.
879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	1
OBSERVACIÓN	BAJO SEDACION	

JESUS DAVID ESTRADA REALES

Nombre / Firma del médico
C.C Nº 8646514
Reg. MD. 8646514
Especialidad: CARDIOLOGO

CERIN CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION INTEGRAL SEDE TORRENOVA

NIT: 900794134-1

EMPRESA : IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

4.635

ORDEN MEDICA Nro. 286257

Fecha de impresión del documento: 16/10/2025 10:29

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	TELÉFONO
CC. 5149769	ELIECER MOSCOTE MINDIOLA	82 AÑOS, 0 MESES, 7 DIAS	MASCULINO	3234931701

DIRECCION	REGIMEN	EPS	FECHA DE ORDEN
LA PUNTA DE LOS REMEDIOS	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	16/10/2025

PATOLOGIA

I694 - Secuelas de accidente vascular encefalico, no especificado como hemorragico o isquemico G402 - Epilepsia y sindromes epilepticos sintomaticos

CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES
891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	
882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	
890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	EN 4 MESES

NAYLA MARIA CHOLES BENITEZR.M.: 1124007352
FIRMA ESPECIALISTA DE NEUROLOGIA

...RO MEDICO ESPECIALIZADO Y
...TACION INTEGRAL SEDE TORRENOVA
...794134-1
...PRESTADOR: 440010095416
EMPRESA: IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

CERIN
CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION INTEGRAL

HISTORIA CLINICA CONSULTA ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA

Referencia: 1230021

IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CC. 5149769	ELIECER MOSCOTE MINDIOLA	09/10/1943	82 AÑOS, 0 MESES, 7 DIAS
SEXO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA**	**GRUPO POBLACIONAL**
MASCULINO		NINGUNO DE LOS ANTERIORES	POBLACION SISBENIZADA
NIVEL DE ESTUDIO	**OCUPACION**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
OTRO	NO TENGO INFORMACION	LA PUNTA DE LOS REMEDIOS	3234931701
FINANCIADOR	**RÉGIMEN**	**PRIMER INGRESO**	**ÚLTIMA ATENCIÓN**
NUEVA EPS	SUBSIDIADO	16/10/2025 10:07 AM	16/10/2025 10:07 AM
MODALIDAD	**UBICACION**		
INTRAMURAL			

DATOS DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

MASCULINO DE 81 AÑOS DE EDAD, HIPERTENSO TRATADO, PORTADOR DE MARCAPASOS CARDIACO DEFINITIVO, QUIEN REFIERE EN 2019 ACV ISQUEMICO: PARESIA EN HEMICUERPO DERECHO Y DIFICULTAD PARA ARTICULAR PALABRAS. EN JUNIO 2024 AGUDIZACION DE DEFIICIT RESIDUAL, ES TRAIDO

CONTROL 16/10/25
ASISTE PACIENTE A CONTROL CON REPORTE DE ESTUDIO
EEG :
INDICA QUE LA ULTIMA CRISIS FUE HACE 2 AÑOS , ACTUALMENTE EN MANEJO MEDICO CON LACOSAMIDA
TAC DE CRANEO SIMPLE : - Extensa área de encefalomalacia en parénquima de lóbulos fronto-parieto-temporal izquierdos. En relación con antecedentes.
- Focos de hipodensidad dispersos en sustancia blanca profunda y periventricular, de regiones frontales y parietales bilaterales, sugestivo de lesión microvascular crónica.
- Cambios involutivos en parenquima cerebral.
- Ateromatosis en arterias vertebrales y carótidas internas.
- Otros hallazgos como descritos.

REVISIÓN POR SISTEMA

LO DESCRTIO

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
Alrgicos	NO	Toxicoambientales	NO	Otros antecedentes	NO		

EXÁMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

PESO (Kgs)	65	TALLA (cms)	1.65	FRECUENCIA CARDIACA	89
TENSIÓN ARTERIAL	110/80	FRECUENCIA RESPIRATORIA	18	Temperatura	36
Imc	25				

INSPECCIÓN FÍSICA

GENITO URINARIO	NORMAL
PIEL Y FANERAS	NORMAL
ABDOMINAL	NORMAL
EXTREMIDADES	NORMAL
CARDIO PULMONAR	NORMAL
ANALISIS	SE ENTREGA ORDENES
OTRAS OBSERVACIONES	NORMAL
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	NORMAL
CABEZA - CARA - CUELLO	NORMAL

DIAGNÓSTICOS

Fecha	Diagnóstico	Tipo
16/10/2025	[Diagnóstico principal] I694.Secuelas de accidente vascular encefalico, no especificado como hemorragico o isquemico [Diagnóstico relacionado 1] G402.Epilepsia y sindromes epilepticos sintomaticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales complejos	1 - IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
16/10/2025	- LACOSAMIDA: 100 MG: 1 TABLETA DOS VECES AL DIA POR 4 MESES (60 TAB POR MES/240 TAB PARA 4 MESES) ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIAZADO DOPPLER DE VASOS DE CUELLO CITA CONTROL EN 3 MESES

PLAN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Fecha	Medicamento	Cantidad	Posología
16/10/2025	LACOSAMIDA 100 MG TABLETAS	240 TABLETA	

PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA ATENCION	NAYLA MARIA CHOLES BENITEZ	C.C.1124007352	R.M. :	1124007352	FIRMA:

Terapias Especialistas 4641

CERIN CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION INTEGRAL SEDE MINGUEO

NIT: 900794134-1
COD. PRESTADOR: 440900095405
EMPRESA: IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

HISTORÍA CLINICA DE MEDICINA INTERNA

Referencia: 1118849

IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CC. 5149769	ELIECER MOSCOTE MINDIOLA	09/10/1943	81 AÑOS, 10 MESES, 20 DIAS
SEXO	**ESTADO CIVIL**	**PERTENENCIA ETNICA**	**GRUPO POBLACIONAL**
MASCULINO		NINGUNO DE LOS ANTERIORES	POBLACION SISBENIZADA
NIVEL DE ESTUDIO	**OCUPACION**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
OTRO	NO TENGO INFORMACION	LA PUNTA DE LOS REMEDIOS	3234931701
FINANCIADOR	**RÉGIMEN**	**PRIMER INGRESO**	**ÚLTIMA ATENCIÓN**
NUEVA EPS	SUBSIDIADO	29/08/2025 07:07 AM	29/08/2025 07:07 AM
MODALIDAD	**UBICACION**		
INTRAMURAL			

ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA

evaluacion mediona interna

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 81 AÑOS DE EDAD CON ACV ISQUEMICO SECUELAR + HTA + PORTADOR DE MARACAPASO (3 AÑOS) EN TTO REGULAR QUIEN ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (ESPOSA) IDELMA FREYLE MANIFESTA ESTAR BIEN NEGA CAMBIOS NEURLOGICOS SE VALORA . MANIFIESTA HIPOREXIA Y ASTENIA
PARACLINICOS
HEMOGRAMA HB 13.5 GR/D HTC 39 PLAQ 199 XMM3 BT 1,5 BD 0,3 BI 1,2 BUNN 16.5 UREA 25 GLCUOSA 91 MG/DL
RX DE FEMUR DERECHO DENTRO DE LIMITES NORMALES

ANTECEDENTES

MEDICOS FAMILIARES

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

PERSONALES

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

REVISIÓN POR SISTEMAS

Nueva area de texto	NO REFIERE
Nueva area de texto	NO REFIERE
Nueva area de texto	NO REFIERE
Nueva area de texto	NO REFIERE
Nueva area de texto	NO REFIERE
Nueva area de texto	NO REFIERE

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

Peso (Kgs)	77	Talla (Cms)	176	Tension arterial	130/80
Frec. Respiratoria	18	Temperatura	37	IMC	24.858

INSPECCIÓN FÍSICA

Cabeza - Cara - Cuello	TROFISMO Y SIMETRIA CONSERVADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES.
Extremidades	SIMETRICAS - ARTICULACIONES SIN ALTERACIONES.PULSOS DISTALES PRESENTES (++/+++) - NO SE OBSERVAN HERIDAS NI EDEMAS.
Abdomen	BLANDO - DEPRESIBLE - INDOLORO - NO SE PALPAN MASAS - NO EVIDENCIA DE DILATACION DE LA AORTA ABDOMINAL A LA PALPACION - NO SE AUSCULTAN SOPLOS EN LA REGION DEL EPIGASTRIO NI HACIA LOS VASOS ILICOS; RUIDOS INTESTINALES NORMALES. EN LAS REGIONES INGUINALES NO SE ENCUENTRAN HERNIAS. NO HEPATO NO ESPLENOMEGALIA - . NO EVIDENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL - SIGNO DE MURPHY NEGATIVO.
Torax	CAJA TORAXICA SIMETRICA CON BUENA EXPANSIBILIDAD - SIN ALTERACIONES. AXILAS SIN ADENOPATIAS.
Neurológico	CONSCIENTE - ORIENTADO (A) - DESPIERTO (A). MOVIMIENTOS - REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Y COORDINACION NORMALES. SENSIBILIDAD FINA Y AL DOLOR CONSERVADA. BUENA DISCRIMINACIÓN Y UBICACIÓN DE ESTÍMULOS TÁCTILES. FUERZA MUSCULAR CONSERVADA. NO EVIDENCIA DE SIGNOS MENINGEOS. AFASIA DE EXPRESION
Genitourinario	SIMETRIA CONSERVADA. DESARROLLO SEXUAL ACORDE PARA LA EDAD. NO EVIDENCIA DE MASAS - DEFORMIDADES O AUSENCIAS DE ESTRUCTURAS. NO DOLOR A LA PALPACION MANUAL O BIMANUAL
Otras Observaciones	

EVOLUCION

	EVOLUCION
29/08/25	MASCULINO EN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA CON ACV ISQUEMICO SECUELAR + HTA + PORTADOR DE MARACAPASO (3 AÑOS) EN TTO REGULAR QUIEN ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (ESPOSA) IDELMA FREYLE MANIFESTA ESTAR BIEN NEGA CAMBIOS NEURLOGICOS SE VALORA , MANIFIESTA HIPOREXIA Y ASTENIA SE EVIDENCIA ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR NORMTENSO SE INDCA MANTENER IGUAL MANEJO FARMACOLOGICO Y CONTROL METAVBOLICO

DIAGNÓSTICOS

Fecha	Diagnóstico	Tipo
29/08/2025	[Diagnostico principal] I694 Secuelas de accidente vascular encefalico, no especificado como hemorragico o isquemico [Diagnostico relacionado 1] I10X Hipertension esencial (primaria)	3 - CONFIRMADO REPETIDO

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	PLAN
29/08/2025	INDICO LOSARTAN 50 MG CADA 12 HS , APIXABA 2.5 MG CADA 12 HS , METROPROLOL 50 MG CADA 24 HS , ESOMEPRAZOL 20 MG CADA 24 HS , HCTZ 25 MG CADA 24 HS SS CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - CCVM GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - CCVM HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA - CCVM MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL - CCVM UROANÁLISIS - CCVM ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA CITA EN 3 MESES

ORDEN DE EXÁMENES DE LABORATORIOS

Fecha	Exámen Laboratorio
29/08/2025	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - CCVM
29/08/2025	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - CCVM
29/08/2025	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA - CCVM
29/08/2025	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL - CCVM
29/08/2025	UROANÁLISIS - CCVM

PROFESIONAL QUE REALIZO LA ATENCION	YARITZA XIOMARA GUAREGUA MONTOYA	C.C.5101939	R.M. :	5101939	FIRMA:

N CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION EGRAL SEDE MINGUEO

900794134-1

EMPRESA : IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

CERIN

ORDEN DE LABORATORIO CLÍNICO Nro. 211440

Fecha de impresion del documento: 29/09/2025 07:21

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
CC 5149755	ELIECER MOSCOTE MINDIOLA	81 AÑOS, 10 MESES, 20	MASCULINO	3234931701	LA PUNTA DE LOS

CONVENIO	FECHA DE ATENCIÓN	PATOLOGIA
2024_PGP_NUEVAEPS_RIOHAC MAJAYANURE-URIBIA-DIBULLA-ALBANIA-SUBSIDIADO	29/09/2025 07:07	I694 Secuelas de accidente vascular encefalico, no especificado como hemorragico o

CODIGO	LABORATORIO	OBSERVACIONES
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - CCVM	
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - CCVM	
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA - CCVM	
903025	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL - CCVM	
907106	UROANÁLISIS - CCVM	

YARITZA XIOMARA GUAREGUA MONTOYAR.M.: 5101938
FIRMA ESPECIALISTA DE MEDICINA INTERNA

4644

N CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO Y REHABILITACION EGRAL SEDE MINGUEO

NIT: 900784134-1

EMPRESA : IPS INDIGENA KOTTUSHI SAO ANA>A

ORDEN MEDICA Nro. 249201

Fecha de impresión del documento: 29/08/2025 07:24

IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	EDAD	SEXO	TELÉFONO	DIRECCION
CC 5149759	ELIECER MOSCOTE MINDIOLA	81 AÑOS, 10 MESES, 20 DIAS	MASCULINO	3234931701	LA PUNTA DE LOS

EPS	REGIMEN
NUEVA EPS	SUBSIDIADO

PATOLOGIA

I694 - Secuelas de accidente vascular encefalico, no especificado como hemorragico e isquemico I10X - Hipertension esencial (primaria) - -

CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES
890111	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	15 SESIONES AL MES DURANTE 3 MESES TOTAL 45 SESIONES
890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	CITA EN 3 MESES

YARITZA XIOMARA GUAREGUA MONTOYAR.M.: 5101935
FIRMA ESPECIALISTA DE MEDICINA INTERNA

Fondo Documento del Responsable 4.645

FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACION CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos			Tipo identificación:	Número	
FABIAN COTES TAPIAS			CC	1123400133	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento:**		**Departamento:**	**Ciudad / Municipio:**	**País:**
26 FEBRE 2004	DIBULLA		GUAJIRA		Colombia
Edad:	**Sexo:**		**EPS/EPSS**	**Diagnóstico**	**Fecha de ingreso a la Modalidad:**
21	Hombre	X	CAJA COPI	Retardo en el desarrollo cognoscitivo.	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	LA PUNTA
Dirección de vivienda:		*Casa, conjunto residencial, interior, torre y apartamento*	
Barrio / Vereda		SAN RAFAEL	
Se reconoce como víctima del conflicto armado	SÍ ✓ NO	¿Cuál fue el hecho victimizante?	Grupo armado
Pertenencia étnica:	SÍ NO	¿Cuál?	
Género		Femenino	
		Masculino X	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombres y Apellidos	Tipo identificación:			Número:
BLANCA TAPIA MERCADO	CC	CE	PP	1006854716
Parentesco	**Rol (padre-madre-cuidador)**			**Dirección**
MADRE	madre			SAN RAFAEL
Teléfono fijo / Celular	**Correo electrónico**			
3105951699				

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?

4-646

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.123.400.133

COTES TAPIA

APELLIDOS

FABIAN ENRIQUE

NOMBRES

Fabian Cotes

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-2004

DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

03-MAY-2022 DIBULLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4800500-01301515-M-1123400133-20220606 0079660984A 1 8504670538

4.642

IPS PEDIATRICA PASTOR Y MARIA S.A.S.

900750041-2
Calle 10 # 5-58
7287154 - 7285018 Cel. 315 362 2272

Datos del Paciente

Identificación:	TI - 1123400133	Nombre:	FABIAN COTES TAPIA		
Dirección:		Municipio:		Teléfono:	
Fecha Nacimiento:	12 Años	Edad:	12 Años	Sexo:	M
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA				

HISTORIA CLINICA ESPECIALIZADA

Fecha/Hora
18/09/2015 05:16:00 PM

MOTIVO DE LA CONSULTA
DEFORMIDAD EN PIE DERECHO

ENFERMEDAD ACTUAL
PRESENTE CON ANTECEDENTE DE DISFUNCION MOTORA SUBTIPO DIPLEJIA ESPASTICA DISTONA POR LO CUAL LE REALIZARON ALARGAMIENTO DEL TENDON DE AQUILES EN JULIO DEL 2007 Y EN VISTA DE PIE DERECHO VARO EQUINO CONTRACTURADO ACUDE A CONSULTA

ANTECEDENTES PERSONALES
NEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES

SIGNOS VITALES
Peso (en Kg)
Talla (en Metros)
Frecuencia Respiratoria
Frecuencia Cardiaca
Tension Arterial
Temperatura
Saturación de Oxigeno

ESQUEMA DE VACUNACION

EXAMEN FISICO

Cabeza Y Cuello	SLA
Oidos, Nariz, Garganta	NO REFIERE
Torax	NO REFIERE
Abdomen y Lumbar	NO REFIERE
Sistema Genito-Urinario	NO REFIERE
Extremidades y Pelvis	MARCHA INDEPENDIENTE, INTRAROTADA, CON VARO DE RODILLAS, APOYO DEL BORDE LATERAL DEL PIE DERECHO. DORSIFLEXION DE TOBILLOS DE 5°, EL PIE DERECHO ESTA EN ACTITUD DE INVERSION Y VARO DE RETROPIE. ANGULO MUSLO PIE DE -5° BILATERAL. ELY DUNCAN (+)
Sistema Neurologico	NO REFIERE
Piel y Faneras	NO REFIERE
Sistema Osteo-Muscular	NO REFIERE
Estado Mental	NO REFIERE

IMPRESION DIAGNOSTICA
1- DISFUNCION MOTORA SUBTIPO DIPLEJIA ESPASTICA
2- PIE EQUINOVARO HIPOCORREGIDO

PLAN
1- RX AP Y RANA DE CADERAS
2- RX AP PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (DIGITAL)
3- RX AP Y LATERAL DE AMBOS PIES (DE PIE)
4- ESTUDIO DE LABORATORIO DE MARCHA (CINETICA Y CINEMATICA)
5- CITA POR ORTOPEDIA INFANTIL PASTOR Y MARIA EN 1 MES

Diagnóstico Principal:	G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA
Tipo de Diagnóstico:	1 - Impresión Diagnóstica

4.648

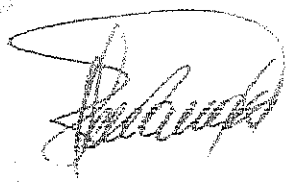
IPS PEDIATRICA PASTOR Y MARIA S.A.S.

Calle 10 # 5-56
7287154 - 7285018 Cel: 316 312 2272

	TI - T1234568133	Nombre:	FABIAN COTES TAPIA		
		Municipio:		Teléfono:	
	12 Años	Edad:	12 Años	Sexo:	M
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA				

HISTORIA CLINICA ESPECIALIZADA

Fecha/Hora
18/08/2016 05:16:00 PM



ARTURO JOSE FERNANDEZ ODUENDO
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA INFANTIL - PATOLOGIAS DE CADERA Y RODILLA

4.649

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
FABIAN	ENRIQUE	COTES	TAPIA
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: 1123400133

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	7	12
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	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	91.67
Movilidad	90.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	81.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b780.3 b789.3 b798.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.378 s770.378

3. Codigos Actividades y Participación

d570.3 d879.3 d920.4

4650

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.