Datos de referencia del contrato					
Contratista:	JHON ARLEY HERNANDEZ FLOREZ	**Objeto del contrato:**	"SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".	**No. Del contrato:**	CSU-MU-189-2026
Periodo del informe:	MAYO	**Supervisor del Contrato:**	EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA	**No. Planilla seguridad social**	1751134133

Detalle de avance en productos y actividades

N°	Actividades contractuales.	Descripción de actividades ejecutadas en el periodo	Documentos de soporte o evidencias.	Observaciones
1	Asegurar que la entrega de los víveres y abarrotes cumplan con las condiciones específicas de calidad establecidas en el contrato. Los alimentos deberán estar en buen estado, dentro de las fechas de vencimiento y ajustarse a los estándares sanitarios.	Como proveedor, garantizo la entrega de víveres y abarrotes en buen estado, dentro de la fecha de vencimiento y cumpliendo las condiciones de calidad y sanitarias establecidas en el contrato.	Se anexa órdenes de entrega y evidencias fotográficas.	
2	El contratista deberá respetar los plazos y horarios de entrega acordados con el Supervisor del Contrato.	He realizado las entregas dentro de los plazos y horarios acordados con el Supervisor del Contrato, dando cumplimiento oportuno a las obligaciones.	Se anexa órdenes de entrega y evidencias fotográficas.	
3	El contratista deberá entregar los productos y las cantidades exactas de conformidad a las solicitudes por el Supervisor.	Como contratista, realizo la entrega de los productos en las cantidades exactas, de conformidad con las solicitudes realizadas por el supervisor del contrato.	Se anexa órdenes de entrega y evidencias fotográficas.	
4	Todos los productos alimenticios deben cumplir con las normativas locales en materia de salud y seguridad alimentaria, además deben ser empacados de manera adecuada	Como contratista, garantizo que los productos alimenticios cumplen con las normas de salud y seguridad alimentaria y que son empacados	Se anexa órdenes de entrega y evidencias fotográficas.	

	para que estén protegidos y evitar daños durante el transporte.	adecuadamente para su transporte.		
5	En el caso de que algún producto este defectuoso o no cumpla con las especificaciones, el Contratista, deberá sustituirlo de forma inmediata.			Como contratista, sustituyo de manera inmediata cualquier producto defectuoso o que no cumpla con las especificaciones.
6	Concurrir a la liquidación bilateral del contrato dentro de los términos de Ley.			Como contratista, concurriré a la liquidación bilateral del contrato dentro de los términos establecidos por la Ley.
7	Guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos e información en general que llegue a su conocimiento, con ocasión al cumplimiento del objeto contractual.			Como contratista, mantengo absoluta reserva sobre la información y documentos conocidos durante el cumplimiento del contrato.
8	Estar a Paz y Salvo con la Administración Municipal por todo concepto.	Manifiesto estoy a paz y salvo con la Administración Municipal.	Se anexa el certificado de Paz y Salvo Municipal.	
9	De conformidad con lo estipulado en la Ley 789 de 2002, cumplir con sus obligaciones frente al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, ARS (riesgos Profesionales) Pensiones y efectuar los aportes a la Caja de Compensación Familiar respectiva, al SENA y al ICBF, deberá aportar copia que acredite el pago de los soportes a sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación.	Como contratista persona natural, cumplo con las obligaciones establecidas en la Ley 789 de 2002 frente al Sistema Integral de Seguridad Social, realizando los aportes correspondientes a salud, riesgos laborales y pensión, y presento los soportes de pago cuando sea requerido.	Se anexa Pago de Seguridad Social del de mes de Mayo.	
10	Informar al supervisor del contrato, cualquier situación que ponga en riesgo la correcta ejecución del contrato.			Durante el periodo reportado, no se han presentado situaciones que pongan en riesgo la correcta ejecución del contrato.
11	Evitar la ejecución de actividades que no estén contenidas como obligaciones contractuales, en caso de ser ejecutadas, no serán reconocidas			Como contratista, solo ejecuto las actividades establecidas en el contrato

	ni remuneradas por parte de la entidad contratante.			
12	Ejecutar las obligaciones contractuales de buena fe, evitando en todo caso la configuración de una relación de subordinación			He prestado mis servicios de manera independiente, sin generar relación laboral con la entidad contratante.
13	EL CONTRATISTA prestará los servicios de manera independiente, esto es, sin subordinación laboral, en todo caso y para todos los efectos se entiende que el personal requerido por el contratista para la ejecución del contrato, por ninguna causa generará con la Entidad Territorial relación laboral o contractual alguna diferente a la aquí estipulada. Si por cualquier razón dicha persona demanda a la Institución, el contratista se compromete a pagar las condenas, los costos, los gastos y las costas de este proceso.			Como contratista, presto los servicios de forma independiente y sin subordinación laboral con la Entidad, asumiendo la responsabilidad por el personal que apoye la ejecución del contrato.
14	EL CONTRATISTA asumirá cualquier obligación que pudiere serle impuesta a la Administración Municipal por cualquier violación de la ley en la ejecución del contrato.			Como contratista, asumo la responsabilidad por cualquier incumplimiento legal que se presente durante la ejecución del contrato.

Jhon Ardey Hernandez

Firma de Quien Reporta

Visto Bueno	**Aprobado**
	Edwar Castillo P.

Fecha:	Mayo
Número de Actividad Contractual:	1,2,3 y 4
Lugar:	Establecimiento Legumbres y Granos de Mi Huerta
Actividad	Entrega de paquetes alimentarios.





ACCOR LIVE LIMITLESS


Lynx


Cebarapido
Finalizador

Lechón
33204

Lechón 50



JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 28**
FECHA	04 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	CENEIDA BAILARIN CARUPIA TI. 1048017520	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	Ceneida Bailarin Carupia	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA CON DIFICULTAD DE SALUD, ESTADIA EN EL CASCO URBANO	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	MAJORE-AMBURA	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.048.017.520**

BAILARIN CARUPIA

APELLIDOS

CENEIDA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAY-2006**

URRAO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

19-MAY-2024 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

06-AGO-2013 URRAO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0128300-01258470-F-1048017520-20211001 **0075**710514G 1 9917135975

E.S.E Hospital Iván Restrepo Gómez "Vivimos para servir" Urrao - Antioquia

Resolución 003047 14 AGO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD

NUMERO INFORME:	W93 244114	Fecha:	May.02/2026	Hora:	10:40

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ		
Código:	058470483901	Nit:	890.980.971-1
Dirección:	CARRERA 32 NRO. 23-61		
Teléfono:	8503898	Fax:	8503075
Departamento:	Antioquia	Código:	05
Municipio:	URRAO	Código:	847
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS	Código:	EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	BAILARIN		2do. Apellido:	CARUPIA	
1er Nombre:	LUIS		2do. Nombre:	SANTIAGO	
Tipo de Documento:	REGISTRO CIVIL		No. Documento	1.041.540.166	
Fecha de Nacimiento:	Ago.22/2022	Edad: 3 Años	Sexo:	MASCULINO	
Dirección Residencia	VDA; SANTA MARIA			Teléfono:	8502131
Departamento:	ANTIOQUIA		Código:	05	
Municipio:	URRAO		Código:	847	
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-1				

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención:	PRIORITARIA	Servicio:	MEDICINA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	HOSPITALZACION	Cama:	SINASIG
Manejo Integral Según Guía:			

Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
1	890283	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDIC ESPECIALI PEDIATRIA

Justificación Clínica:	ACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS, RESIDENTE EN RESGUARDO MAJORÉ SANTA MARÍA, QUIEN SE ENCUENTRA EN HOSPITALIZACIÓN POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, YA CON DESMONTE DE OXÍGENO EXITOSO, SIN PICOS FEBRILES, ACTIVO, TOLERANDO VÍA ORAL, POR LO ANTERIOR DOY DE ALTA CON SIGNOS DE ALARMA AL PACIENTE, CONTINUO MANEJO ANTIBIÓTICO AMBULATORIO PARA COMPLETAR TRATAMIENTO. ADICIONALMENTE DEJO ORDEN PARA CITA AMBULATORIA POR PEDIATRÍA. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR,		
Diagnostico principal:	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	Código CIE10:	J159
Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	

IV.INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	QUINTERO ZEA KARINA	Teléfono:	8503898
Registro Medico:	1028020298	Teléfono Celular:	
Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL TC		

Firma

1028020298

MEDICO GENERAL

FECHA: 2-05-26

DESPUES DE 10 HÁBILES SE

ACECA AL PUNTO DE AUTORIZACONES

SAVIA SALUD CON ESTE NUMERO DE

RADICADO 2646742 Y SOLICITA LAS

ORDENES CORRESPONDIENTES

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 29**
FECHA	08 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	LIRIO SINIGUI DOMICO CC. 15489112	
FIRMA DE QUIEN RECIBE		
OBSERVACIÓN	manifiesta no saber Firmar	
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA CON TRATAMIENTO DE TUBERCOLOSIS, ESTADIA EN EL CASCO URBANO POR VARIOS MESES.	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	VALLE DE PERDIDAS	
N° PAQUETES	2	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.489.112

SINIGUI DOMICO

APELLIDOS

LIRIO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1976

URRAO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

11-OCT-1996 URRAO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE IZQUIERDO

A-0128300-00555850-M-0015489112-20140318 0037697660A 1 41891981

E.S.E Hospital Iván Restrepo Gómez "Vivimos para servir" Envigado - Antioquia	ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ Nit: 890.980.971-1		
	HISTORIA CLINICA DE: AMBULATORIA	Atencion:	7
		Fecha:	Abr.11/2026

Nombre:	SINIGUI DOMICO LIRIO	Edad:	50 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3116130258	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	15489112	Id:	CC 15.489.112		
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	08:08		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS				

SNC: CONSCIENTE ORIENTADO Y ALERTA. SIN ALTERACIONES EN ESTADO DE CONCIENCIA. NO PRESENTA TRASTORNO COGNITIVO, GLASGOW 15/15
PLAN :PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS CON ANTECEDENTES DE TBC PERITONEAL , AL PARECER CON BACILOSCOPIA NEGATIVA , PCR DX DE TBC PERITONEAL ASISTE PARA INICIO DE MANEJO , NIEGA TOS : NIEGA DOLOR ABDOMINAL. PACIENTE REDIRECCIONADO POR JEFE DE ENFERMERIA PARA INICO DE TERAPIA , NO APORTA HISTORIA CLINICA , INICO MANEJO TERAPIA FASE INTESIVA 56 DOSIS PARACLINICOS PRUEBAS DE FUNBCION HEPATICAS, NO REALIZO REPORTE YA QUE ME INDICA JEFE MONICA QUE YA CUANTA CON REPORTE A SIVIGILA

Diagnostico: Dx.Principal: K930-TRASTORNOS TUBERCULOSOS DEL INTESTINO, PERITONEO Y GANGLIOS, Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: CONFIRMADO NUEVO, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: 44 - Otra, Causa Externa: 38 - Enfermedad general, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 522151 - Abr.11/2026
1. ISONIAZIDA/RIFAMPICINA/PIRAZINAMIDA/ETAMBUTOL - TAB 150/75/400/275MG, Via:ORAL, Cantidad:168, Dosis:TOMAR 3 TABLETA CADA 24 HORAS DE LUNES A SABADOS DESCANSAR DOMINGOS POR 56 DOSIS.

ORDEN DE LABORATORIO - W05 196933 - Abr.11/2026
1. HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCI -, Cantidad:1, Obs:.
2. UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA + -, Cantidad:1, Obs:.
3. CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS -, Cantidad:1, Obs:.
4. UREA + -, Cantidad:1, Obs:.

RECOMENDACIONES - W10 547130 - Abr.11/2026
1. REALIZAR EJERCICIO CON FRECUENCIA, MINIMO 3 A 4 VECES POR SEMANA POR 30 MINUTOS
2. CONSUMO BAJO DE SAL, GRASAS, HARINAS, BUEN CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, AGUA Y FIBRA.
3. EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO, TABACO, LICOR, DROGAS PSICOACTIVAS. CONTROLAR EL ESTRES, TENSION O ANSIEDAD.
4. EN MUJERES AUTOEXAMEN DE SENO CADA MES, CITOLOGIA CADA AÑO EN MENORES DE 70AÑOS, MAMOGRAFIA CADA AÑO EN MAYORES DE 50 AÑOS
5. EN HOMBRES AUTOEXPLORACION TESTICULAR, EXAMEN DE PROSTATA CADA AÑO EN MAYORES DE 45 AÑOS
6. REVISION DE AGUDEZA VISUAL, REVISION ODONTOLOGICA.

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 242613 - Abr.11/2026
1. TRANSAMINASA GLUTÆMICO OXALAC TICA O ASPARTATO AMINO TRANSFE,Cantidad: 1
2. TRANSAMINASA GLUTÆMICOPIR,VICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA ,Cantidad: 1

Resolución 003047 14 AGO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD

CONSECUTIVO	W93 242613	NUMERO DE AUTORIZACION		Fecha:	Abr.11/2026	Hora:	08:08

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ		
Código:	058470483901	Nit:	890.980.971-1
Dirección:	CARRERA 32 NRO. 23-61		
Teléfono:	8503898	Fax:	8503075
Departamento:	Antioquia	Código:	05
Municipio:	URRAO	Código:	847
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS	Código:	EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	SINIGUI			2do. Apellido:	DOMICO
1er Nombre:	LIRIO			2do. Nombre:	
Tipo de Documento:	CEDULA			No. Documento	15.489.112
Fecha de Nacimiento:	Mar.19/1976	Edad:	50 Años	Sexo:	MASCULINO
Dirección Residencia	VDA; PENDERISCO ARRIBA			Teléfono:	3116130258
Departamento:	ANTIOQUIA			Código:	05
Municipio:	URRAO			Código:	847
Dirección Alternativa:				E-Mail:	lirio@gmail.com
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-0			Tipo de Pago:	CUOTA MODERADORA

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención:	PRIORITARIA	Servicio:	MEDICINA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA		
Manejo Integral Segn Guía:	LABORATORIO CLINICO	Modalidad:	01-Intramural

Seq	Codigo CUPS / IUM	Cantidad	Grupo de Servicio	Descripción
1	903867	1	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTARIO	TRANSAMINASA GLUTÆMICO OXALAC TICA O ASPARTATO AMINO TRANSFE
2	903866	1	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTARIO	TRANSAMINASA GLUTÆMICOPIR.VICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA

Justificación Clínica:	PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS CON ANTECEDENTES DE TBC PERITONEAL , AL PARECER CON BACILOSCOPIA NEGATIVA , PCR DX DE TBC PERITONEAL ASISTE PARA INICIO DE MANEJO , NIEGA TOS : NIEGA DOLOR ABDOMINAL. PACIENTE REDIRECCIONADO POR JEFE DE ENFERMERIA PARA INICO DE TERAPIA , NO APORTA HISTORIA CLINICA AP : LOS ANTES MENCIONADOS ALERGICO : NIEGA QX: NIEGA AL EXAMEN FISICO C/CNORMOCONFIGURADA. SIN CAMBIOS ANATOMICOS EVIDENTES, AMIGDALAS NORMALES, OTOSCOPIA NORMAL SIN MASAS EN CUELLO, SIN DEFECTOS CRANEOFACIALES AL MOMENTO DE LA REVISION. PULSOS YUGULARES SIMETRICOS. SIN INGULGITACION YUGULAR TORAX/SIMETRICO, EXPANSIBLE, NO TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS, NO AGREGADOS PATOLOGICOS, SPO2 98% SIN OXIGENO ABDOMEN :BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS EXTREMIDADES: SIMETRICO, SIN EDEMA, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, A LA EXPORACION DE MIEMBROS INFERIORES SIMETRICOS. CON PULSOS PEDIOS PRESENTES Y SIMETRICOS. TEMPERATURA ADECUADA. REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS PRESENTES +++/+++. SNC: CONSCIENTE ORIENTADO Y ALERTA. SIN ALTERACIONES EN ESTADO DE CONCIENCIA. NO PRESENTA TRASTORNO COGNITIVO, GLASGOW 15/15 PLAN :PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS CON ANTECEDENTES DE TBC PERITONEAL , AL PARECER CON BACILOSCOPIA NEGATIVA , PCR DX DE TBC PERITONEAL ASISTE PARA INICIO DE MANEJO , NIEGA TOS : NIEGA DOLOR ABDOMINAL. PACIENTE REDIRECCIONADO POR JEFE DE ENFERMERIA PARA INICO DE TERAPIA , NO APORTA HISTORIA CLINICA , INICO MANEJO TERAPIA FASE INTESIVA 56 DOSIS PARACLINICOS PRUEBAS DE FUNBCION HEPATICAS
Diagnostico principal:	K930-TRASTORNOS TUBERCULOSOS DEL INTESTINO, PERITONEO Y GANGLIOS
Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **

IV.INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	GARCES OVALLE DAUTT JOSE	Teléfono:	8503898
Registro Medico:	72432400	Teléfono Celular:	
Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL MT SUPERNUMERAR		

Firma

Dautt Garcés Ovalle
CC: 72432400
RM: 5-4895-12.
MEDICO GENERAL

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 30**
FECHA	08 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	LUIS FERNANDO SINIGUI JUMI CC. 1041534562	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	Luis Fernando	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA DATA DE ALTA EN LA CIUDAD DE MEDELLIN, RETORNO A LA COMUNIDAD.	
LUGAR DE RECIDENCIA	GUABINA DOS	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	VALLE DE PERDIDAS	
N° PAQUETES	2	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.041.534.562
SINIGUI JUMI

APELLIDOS
LUIS FERNANDO

NOMBRES

Luis Fernando

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1994
URRAO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

05-AGO-2013 URRAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0128300-00475149-M-1041534562-20130925 0035047003A 1 40975337

EL HOSPITAL CON ALMA
PabloTobónUribe

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: **RC 1048023683**
Paciente: **DEMISON SINIGUI BAILARIN**
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **28/02/2026 20:00**
Edad y sexo: **2 Meses, Masculino**
Identificador único: **1798389-1**

HISTORIA CLÍNICA

INFORME DE EPICRISIS

INGRESO DEL PACIENTE

Servicio de Ingreso: Atención Inmediata **Fecha y hora de ingreso:** 26/04/2026 23:10 **Número de ingreso:** 1798389 - 1

Remitido de otra IPS: H. IVAN RESTREPO GOMEZ URRAO

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN INICIAL

Fuente de la información, motivo de consulta y enfermedad actual

Demison Sinigui
1 mes

Motivo de consulta: "Traslado primario de Urrao por diagnóstico de neumonía"

Enfermedad actual: Paciente quien ingresa en traslado primerio, por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por episodios de tos, fiebre subjetiva y dificultad respiratoria; asociado a cianocis peribucal y distal.

Reporte de paraclínicos:
26/04/2026
- Hemograma: Hb11.2 Hto 36.4 Leucocitos 19.26 Linfocitos 12540 Neutrofilos 6660 Plaquetas 511000

Examen físico

Examen físico
Triangulo de evaluación pediatrico: inestable
Malas condiciones generales, febril, con dificultad respiratoria
Normocéfalo, sin lesiones, fontanela anterior y posterior permeables, con evidencia de aleteo nasal.
Cuello móvil sin adenopatías ni lesiones.
Tórax simétrico, con retracciones supraclaviculares, interostales y subcostales, murmullo vesicular conservado con crepitos bilaterales, disociación toraco - abdominal. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.
Abdomen: no distendido, blando, depresible, sin masas ni visceromegalias, sin dolor a la palpación superficial ni profunda.
Extremidades: sin edemas, tono muscular normal, moviliza espontáneamente las 4 extremidades, sin gradiente térmico, llenado capilar distal menor de 2 segundos
Neurológico: somnoliento, sin déficit motor ni sensitivo aparente
Piel:sana

Signos vitales

Frecuencia cardíaca (LPM): 164, Frecuencia respiratoria (Respiraciones/minuto): 51, Escala del dolor: No evaluable, Peso (Kg): 4.15, Talla (cm): 50

Diagnósticos al ingreso

Diagnóstico principal

CIE10	Descripción CIE10	Estado
A370	TOS FERINA DEBIDA A BORDETELLA PERTUSSIS	En Estudio

Otros diagnósticos de ingreso

CIE10	Descripción CIE10	Estado
J189	NEUMONIA	En Estudio

Conducta

Firmado electrónicamente

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.048.023.683

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64677638

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** C Z F

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

REGISTRADURIA DE URRAO - COLOMBIA ANTIOQUIA - URRAO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SINIGUI	BAILARIN

Nombre(s)

DEMISON

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2026 Mes FEB Día 28	MASCULINO		

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

COLOMBIA ANTIOQUIA URRAO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
OTRO-AUTORIDAD INDIGENA-EMBERA	GOBERNADOR INDIGENA

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

BAILARIN TILIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.041.536.644	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

SINIGUI JUMI LUIS FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.041.534.562	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SINIGUI JUMI LUIS FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.041.534.562	Luis Fernando

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 2026 Mes ABR Día 06	PAULA ANDREA CARDONA CASTRO REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Luis Fernando Firma	 Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

06.ABR.2026 - LIBRO DE VARIOS - NO. 168 TOMO 010.

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

64677638

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.041.533.498



Apellidos
CARUPIA BAILARIN

Nombres
ALBERTO MARIO

Nacionalidad | Estatura | Sexo
COL | 1.53 | M

Fecha de nacimiento | G.S.
10 JUL 1994 | O+

Lugar de nacimiento
URRAO (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
29 SEPT 2017, URRAO

Fecha de expiración
08 OCT 2034

NO FIRMA

.CC

056312256

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL056312256201283<<<<<<<<<<
9407107M3410082COL1041533498<6
CARUPIA<BAILARIN<<ALBERTO<MARI

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 31**
FECHA	11 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	WILMAR MAJORE BAILARIN CC. 1041535691	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	WILMAR	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	ESTUDIANTE	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	VALLE DE PERDIDAS	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.041.535.691

Apellidos
MAJORE BAILARIN

Nombres
WILMAR

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.62	M

Fecha de nacimiento	G.S.
07 FEB 2007	O+

Lugar de nacimiento
URRAO (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
03 MAR 2025, URRAO

Firma
WILMAR MAJORE

Fecha de expiración
04 MAR 2035

IDCOL

075743631

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL075743631201283<<<<<<<<<<
0702072M3503041COL1041535691<5
MAJORE<BAILARIN<<WILMAR<<<<<<<

MUNICIPIO DE URRAO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA MONSEÑOR J. IVAN CADAVID GUTIERREZ

código DANE: 105847001204 - Nit: 811030253-7

Institución de carácter oficial mediante Resolución de aprobación N° 0601 del 29-01-03 y modificada por la Resolución N° 120404 del 06-08-14 con Preescolar, Educación Básica, Secundaria, Media Académica 10° y 11° y Media Técnica Especialidad Comercio y en Recreación 10° y 11°. De conformidad con la Resolución Departamental N° 127086 del 03-10-2014, y según la Resolución Departamental N° 201500000360 del 06-01-2015. Previa consulta de los libros reglamentarios.

HACE CONSTAR QUE:

MAJORE BAILARIN WILMAR, Identificado(a) con CC No. 1041535691, matrícula No. **20260197**, se encuentra actualmente *matriculado(a) y asistiendo a clases en la INSTITUCIÓN EDUCATIVA MONSEÑOR J. IVAN CADAVID GUTIERREZ en la* sede **COLEGIO SIMON BOLIVAR** , cursando el grado CLEI 3, jornada: FIN DE SEMANA del Nivel de Educación Básica Secundaria para el periodo lectivo del año en curso (2026), con una intensidad horaria de **20** horas semanales y **800** horas anuales.

Expedido en Urrao, el once (11) de mayo de 2026.

GABRIEL FIGUEROA MONTOYA
71777453
Auxiliar administrativo

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 32**
FECHA	11 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	FREDY MAJORE BAILARIN CC. 1048017438	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	FREDY	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	ESTUDIANTE	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	VALLE DE PERDIDAS	
N° PAQUETES	2	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.048.017.438**

MAJORE BAILARIN
APELLIDOS

FREDY
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-2009**

URRAO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

09-FEB-2027
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

31-MAR-2017 URRAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0128300-00917757-M-1048017438-20170705 **0056**133387A 1 48542071

MUNICIPIO DE URRAO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA MONSEÑOR J. IVAN CADAVID GUTIERREZ

código DANE: 105847001204 - Nit: 811030253-7

Institución de carácter oficial mediante Resolución de aprobación N° 0601 del 29-01-03 y modificada por la Resolución N° 120404 del 06-08-14 con Preescolar, Educación Básica, Secundaria, Media Académica 10° y 11° y Media Técnica Especialidad Comercio y en Recreación 10° y 11°. De conformidad con la Resolución Departamental N° 127086 del 03-10-2014, y según la Resolución Departamental N° 201500000360 del 06-01-2015. Previa consulta de los libros reglamentarios.

HACE CONSTAR QUE:

MAJORE BAILARIN FREDY, Identificado(a) con TI No. 1048017438, matrícula No. **20260198**, se encuentra actualmente matriculado(a) y asistiendo a clases en la INSTITUCIÓN EDUCATIVA MONSEÑOR J. IVAN CADAVID GUTIERREZ en la sede **COLEGIO SIMON BOLIVAR** , cursando el grado CLEI 3, jornada: FIN DE SEMANA del Nivel de Educación Básica Secundaria para el periodo lectivo del año en curso (2026), con una intensidad horaria de **20** horas semanales y **800** horas anuales.

Expedido en Urrao, el once (11) de mayo de 2026.

GABRIEL FIGUEROA MONTOYA
71777453
Auxiliar administrativo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.763.750**

CARUPIA DOMICO

APELLIDOS

BELIO

NOMBRES

Belio carupia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-NOV-1996**

URRAO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-ENE-2017 URRAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0128300-00879085-M-1001763750-20170120 0053236164A 1 47809372

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 33**
FECHA	12 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	PATRICIA CARUPIA BAILARIN CC. 1048015526	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	Diana Patricia	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA CON DIFICULTAD DE SALUD, ESTADIA EN EL CASCO URBANO	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	VALLE DE PERDIDAS	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.048.015.526
CARUPIA BAILARIN
APELLIDOS
DIANA PATRICIA
NOMBRES

Diana Carupia Bailarin
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1987
URRAO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-AGO-2006 URRAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

A-0128300-01334952-F-1048015526-20221220 0093114534A 1 54906235

MUNICIPIO DE URRAO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA MONSEÑOR J. IVAN CADAVID GUTIERREZ

código DANE: 105847001204 - Nit: 811030253-7

Institución de carácter oficial mediante Resolución de aprobación N° 0601 del 29-01-03 y modificada por la Resolución N° 120404 del 06-08-14 con Preescolar, Educación Básica, Secundaria, Media Académica 10° y 11° y Media Técnica Especialidad Comercio y en Recreación 10° y 11°. De conformidad con la Resolución Departamental N° 127086 del 03-10-2014, y según la Resolución Departamental N° 201500000360 del 06-01-2015. Previa consulta de los libros reglamentarios.

HACE CONSTAR QUE:

CARUPIA BAILARIN DIANA PATRICIA, Identificado(a) con CC No. 1048015526, matrícula No. **20240310**, se encuentra actualmente matriculado(a) y asistiendo a clases en la INSTITUCIÓN EDUCATIVA MONSEÑOR J. IVAN CADAVID GUTIERREZ en la sede **COLEGIO SIMON BOLIVAR** , cursando el grado CLEI 5, jornada: FIN DE SEMANA del Nivel de Educación Media para el período lectivo del año en curso (2026), con una intensidad horaria de **20** horas semanales y **440** horas anuales.

Expedido en Urrao, el quince (15) de mayo de 2026

GABRIEL FIGUEROA MONTOYA
71777453
Auxiliar administrativo

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 34**
FECHA	12 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	ORLANDO MOLINA MOLINA CC. 1041531141	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	Orlando	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA PADRE DEL NIÑO DE ACCIDENTE OFIDICIO.	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	MAJORE - AMBURA	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.041.531.141**

MOLINA MOLINA

APELLIDOS

ORLANDO

NOMBRES

orlando molina

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-AGO-1983**

URRAO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-MAY-2005 URRAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0128300-01213758-M-1041531141-20210210 **0073**69456A 2 9914547284

capacitacion

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 583775 **Fecha:** 2026-05-09 **Hora:** 11:01:38

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN	**NIT** X	8909046467
		CC	**Númeror**

Código	050010214401	**Dirección prestador:**					
Teléfono:	6043847300	Carrera 48 No. 32 -102.					
	indicativo Número	**Departamento:** ANTIOQUIA	05	**Municipio:** MEDELLIN -			001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SUBSIDIADO ISS 2000 **CODIGO:** EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
MOLINA	SAPIA	FARIS	No tiene

Tipo Documento de Identificación

- [X] Registro Civil
- [ ] Tarjeta de Identidad
- [ ] Cédula de Ciudadania
- [ ] Cédula de extranjeria
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación

1041540196 — Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento 2023-01-16

Dirección de Residencia Habitual: VEREDA LLANO JACINTO **Teléfono** 3148156216

Departamento: ANTIOQUIA 05 **Municipio:** URRAO - URRAO 847

Teléfono Celular: 3148156216 **Correo electrónico:**

Cobertura en Salud

- [ ] Régimen Contributivo
- [X] Régimen Subsidiado - total
- [ ] Régimen Subsidiado - parcial
- [ ] Poblacion pobre No asegurada con SISBEN
- [ ] Poblacion pobre No asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan adicional de Salud
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de trabajo
- [ ] Accidente de tránsito
- [ ] Evento Catastrófico

Tipo de servicios solicitados

- [X] Posterior a la atención inicial de urgencias
- [ ] Servicios electivos

Prioridad de la atención

- [X] Prioritaria
- [ ] No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización

- [ ] Consulta Externa
- [ ] Urgencias
- [X] Hospitalización

Servicio: U.M. Pediatria Cama: CTUCIP04

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
890303	0001	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL **ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTO**

Justificación Clinica:

paciente que al examen clinico se encuentra caries activa anivel de 55oclusal 54oclusal 51palatino 61palatino 64oclusal 65oclusal 75oclusal 84oclusal 85oclusal, con manchas hipoplasicas a nivel del centrales superiore e inferiores contaminadas con mancha de platano o yuca, inflmacion gingival por mala higiene oral paciente requiere atencion ododntologica

Impresión Diagnóstica:

	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	X208	CONTACTO TRAUMATICO CON SERPIENTES Y LAG
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2	K021	CARIES DE LA DENTINA

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita
CAICEDO GOMEZ EDUARDO JOSE - Reg. Médico: 000000053327
Cargo o actividad: ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y ORTOP

Teléfono 6043847300
Teléfono Celular

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 35**
FECHA	15 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	ANA LUCIA DOMICO BAILARIN CC. 1041534439	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	Ana Lucia Domico	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA CON DIFICULTA DE SALUD, ESTADIA EN EL CASCO URBANO.	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	VALLE DE PERDIDAS	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.041.534.439



Apellidos
DOMICO BAILARIN

Nombres
ANA LUCIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.52

Sexo
F

Fecha de nacimiento
07 DIC 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
URRAO (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
31 ENE 2025, URRAO

Fecha de expiración
31 ENE 2035

Firma
Ana Lucia

.CO

074341258

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL074341258601283<<<<<<<<<<<
0512077F3501313COL1041534439<6
DOMICO<BAILARIN<<ANA<LUCIA<<<<

E.S.E Hospital Iván Restrepo Gómez "Vivimos para servir" Uraa - Antioquia	ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ Nit: 890.980.971-1			
	HISTORIA CLINICA DE: RONDA HOSPITALIZACION		Atencion:	21
			Fecha:	May.15/2026

Nombre:	DOMICO DOMICO YARETZI	Edad:	5 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	0008503898	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1041539050	Id:	RC 1.041.539.050		
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	06:58		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS				

"DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE, VOMITOS Y DIARREA"
R Y P EN VEREDA GUAVINA
SOLTERA, ESTUDIOS: PRE ESCOLAR
FECHA DE NACIMIENTO: 3/8/2020
MADRE: ANA LUCIA DOMICO BAILARIN CC 1041531947
PACIENTE FEMENINA 5 AÑOS DE EDAD EN SU SEXTO DIA DE ESTANCIA HOSPITALARIA CON DIAGNOSTICO DE IRA ENUMONIA GRAVE EN MEJORES CONDICONES GENERALES SIN REQUERIMIENTOS DE OXIGENO. QUE ES TRAIDA POR LA MADRE AL SERVICIO DE URGENCIAS EL DIA 9/5/2026 REFIERE LA MADRE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS HUMEDA, RINORREA HIALINA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR Y FIEBRE SUBJETIVA, VOMITOS Y DEPOSICIONES DIARREICAS, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA. TOXICOS, ALERGICOS Y QUIRURGICOS (_). PRODUCTO DEL EMBARAZO A TERMINO PARTO VAGINAL NORMAL ASISTIDO POR EMPIRICA. ES QUEMA DE VACUNACION INCOMPLETO PARA SU EDAD NO TIENE VACUNAS PARA SARS CoV2-19 NO TRAE CARNET DE VACUNAS. POR PREVENCION CONTRA EL SARS Co-V2 COVID - 19, SUBVARIANTE STRATUS, XFG, FRANKENSTEIN" Y VIRUS INFLUENZA A(H3N2). SE EXAMINA PACIENTE UTILIZANDO ELEMENTOS DE PROTECCION. UNIFORME ANTIFLUIDOS, MASCARA N 95, CARETA, Y BATA MANGAS LARGA QUE CUBRE LA TOTALIDAD DEL CUERPO. LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE LA ATENCION. SE DECIDE DAR DE LATA CON FORMULA MEDICA Y CITA POR CONSULTA EXTERNA EN 3 DIAS.

Diagnostico: Dx.Principal: R509-FIEBRE, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado1: J189-NEUMONIA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Dx.Muerte: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: CONFIRMADO REPETIDO, Tipo Discapacidad: ** NO EXISTE, Grado Discapacidad: ** NO EXISTE, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: , Finalidad Causa: ** NO EXISTE, Causa Externa: ** NO EXISTE, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Datos Salida del Paciente: Dar salida?: SI, Condicion salida del paciente: VIVO, Destino del paciente: DOMICILIO, Motivo de salida/Egreso: CULMINACION, Observaciones: .

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 525672 - May.15/2026
1. ACETAMINOFEN 150 MG /5ML 60MLzzz - JARABE, Via:ORAL, Cantidad:1, Dosis:DAR 7,5 CC VO C/6 HORAS 6 AM 12M 6 PM 9 PM POR FIEBRE.
2. AMOXICILINA 250 MG/5ML - POLVO PARA SUSPENSIO, Via:ORAL, Cantidad:2, Dosis:DAR 6 CC VO C/8 HORAS POR 10 DIAS 6 AM 2 PM 9 PM.
Observaciones: CITA POR CONSULTA EXTERNA EN 3 DIAS

ORDENES MEDICAS - W61 322282 - May.15/2026
1. ALTA MEDICA.

2. CITA POR CONSULTA EXTERNA EN 3 DIAS.

BOLETA DE SALIDA - X94 83854 - May.15/2026
RONDA MEDICA
YARETZI DOMICO DOMICO
PACIENTE FEMENINA DE EN SU SEXTO DIA DE ESTANCIA HOSPITALARIA CON DIAGNOSTICO DE IRA NEUMONIA GRAVE
DIAGNOSTICO A TRATAR: IRA NEUMONIA GRAVE
EN TRATAMIENTO ACTUAL: AMPICILINA 700 MG IV LENTOS DILUIDOS C/6 HORAS, HIDROCORTISONA 100 MG DIA, ACETAMINOFEN JBE 7 CC VO C/6 HORAS, MNB CON BERODUAL 10 GOTAS EN 3 CC SSN 0.9% C/8 HORAS, OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 LTS/MIN POR RAZON NECESARIA.
SV: PESO: 14 KGS TALLA: 95 CMTS FC: 108 FR: 24 TEMP: 36 SaO2: 96% GLASGOW: 15/15.
"DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE, VOMITOS Y DIARREA"
R Y P EN VEREDA GUAVINA
SOLTERA, ESTUDIOS: PRE ESCOLAR
FECHA DE NACIMIENTO: 3/8/2020
MADRE: ANA LUCIA DOMICO BAILARIN CC N 1041534439 CEL:
PADRE: HOLINDO DOMICO BAILARIN CC N 1041531947

Alcaldía de Urrao
ANTIOQUIA
Libertad, Trabajo y Unión

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 36**
FECHA	21 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	EMILVIA BAILARIN MAJORE CC. 1041531021	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	HAYCARDO	
OBSERVACIÓN	Recibe el padre	
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA CON DIFICULTA DE SALUD, ESTADIA EN EL CASCO URBANO.	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	MAJORE-AMBURA	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.041.531.021

BAILARIN MAJORE

APELLIDOS

EMILVIA

NOMBRES

emilvia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1996

URRAO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.40 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

27-ENE-2017 URRAO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0128300-00887734-F-1041531021-20170306 0054123581A 1 47838077

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1041540078

Indicativo Serial 62326962

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 1 H

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - URRAO NOTARIA 1 URRAO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BAILARIN	BAILARIN

Nombre(s)

JOSE LUIS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUN Día 11	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - URRAO

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

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

BAILARIN BAILARIN LINA MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1041533360	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

BAILARIN MOLINA HAYCARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 12290062	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BAILARIN BAILARIN LINA MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1041533360	Lina Bailha

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

TULCAN JOSE EMILECIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 13012558	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

BAILARIN SAPIA JUVENAL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 71050317	K. B. B. B

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2003 Mes MAP Día 30	BEATRIZ ELENA ARCILLA GIRALDO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ
Nit: 890.980.971-1

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S

Docto No: W01 526180
Fecha: May.20/2026

Nombre:	BAILARIN BAILARIN JOSE LUIS	Edad:	5 Años	Sexo:	MASCULINO
Teléfono:	3148133535	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1041540078	Id:	RC 1.041.540.078		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS	Nro Aten:	17		
T.Atencion:	AIEPI - CONSULTA - NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS	Código Dx:	J00X - B349		

CODIGO	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	CANT.
103118020	ACETAMINOFEN 150 MG /5ML 60MLzzz - JARABE	TOMAR 8.50 MILILITRO CADA 6 HORAS POR 3 DIAS	ORAL	1
103116240	KETOTIFENO 1 MG/5 MLzzz - JARABE	TOMAR 2 MILILITRO CADA 12 HORAS POR 5 DIAS	ORAL	1
103110075	SALES REHIDRATACION NA.KCL-NACL 2.7zzz - SOBRE	TOMAR 1 SOBRE EN 1 LITRO DE AGUA HERBIDA, DAR 30 ML POR CADA EMESIS O DIARREA QUE HAGA, CADA 24 HORAS POR 3 DIAS	ORAL	3

Observaciones:

Firma usuario: _____
Cedula:

Medico:
SALAZAR LARA ALVARO

Fecha Sistema:20/05/2026
Hora:12:23:41

Pagina: 1 de 1
Imprime: ASLA

Cedula: 13.746.673
Registro: 5093708
Especialidad: MEDICINA GENERAL

ALVARO SALAZAR LARA
CC 13746673
MEDICO GENERAL
Firma

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 37**
FECHA	21 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	LLON ESTIVEN BAILARIN BAILARIN TI. 1041534746	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	Llon Estiven Bailarin Bailarin	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	ESTUDIANTE	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	VALLE DE PERDIDAS	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

Institución de carácter oficial mediante Resolución de aprobación N° 0601 del 29-01-03 y modificada por la Resolución N° 120404 del 06-08-14 con Preescolar, Educación Básica, Secundaria, Media Académica 10° y 11° y Media Técnica Especialidad Comercio y en Recreación 10° y 11°. De conformidad con la Resolución Departamental N° 127086 del 03-10-2014, y según la Resolución Departamental N° 201500000360 del 06-01-2015. Previa consulta de los libros reglamentarios.

HACE CONSTAR QUE:

BAILARIN BAILARIN LLON ESTIVEN, Identificado(a) con TI No. 1041534746, matrícula No. **20240159**, se encuentra actualmente matriculado(a) y asistiendo a clases en la INSTITUCIÓN EDUCATIVA MONSEÑOR J. IVAN CADAVID GUTIERREZ en la sede **COLEGIO SIMON BOLIVAR** , cursando el grado SEPTIMO, jornada: MAÑANA del Nivel de Educación Básica Secundaria para el período lectivo del año en curso (2025), con una intensidad horaria de **30** horas semanales y **1200** horas anuales.

Expedido en Urrao, el quince (15) de mayo de 2026.

GABRIEL FIGUEROA MONTOYA
71777453
Auxiliar administrativo

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 38**
FECHA	22 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	MARIA ERMILDA BAILARIN MAJORE CC. 1048023220	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 C B	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA CON DIFICULTA DE SALUD, ESTADIA EN EL CASCO URBANO.	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	ANDABU	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.048.023.220



Apellidos
BAILARIN MAJORE

Nombres
MARIA ERMILDA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

Fecha de nacimiento
14 JUN 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
URRAO (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
08 OCT 2024, MEDELLIN

Fecha de expiración
08 OCT 2034

Firma

NO FIRMA

056312638

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL056312638601001<<<<<<<<<<<
0506144F3410082COL1048023220<2
BAILARIN<MAJORE<<MARIA<ERMILDA

E.S.E Hospital Iván Restrepo Gómez "Vivimos para servir" Yarumal - Antioquia	**ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ** **Nit: 890.980.971-1**				
	BOLETA DE SALIDA **DEL SERVICIO DE:** **HOSPITALIZACION**		Docto Nro:	X94	83888
			Fecha:	May.16/2026	

Nombre:	BAILARIN MAJORE ALEJANDRA	Edad:	1 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3145448647	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1048023223	Id:	RC 1.048.023.223		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS	Nro Aten:	15		
T.Atencion:	RONDA HOSPITALIZACION	Codigo Dx:	B86X - J219 - B829 - J189		

Observaciones: ALTA

Firma usuario: _____ Cedula:		Medico:CARRILLO HERRERA PAOLA ANDREA	Firma Dra. Paola A Carrillo H. Médico General RM 1090471075
Fecha Sistema:21/05/2026 Hora:12:00:50	Pagina: 1 de 1 Imprime: KHS	Cedula: 1.090.471.075 Registro: 1090471075	

E.S.E Hospital Iván Restrepo Gómez "Víctimas para servir" Urrao - Antioquia	ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ Nit: 890.980.971-1			
	HISTORIA CLINICA DE: EPICRISIS DE ATENCION DE HOSPITALIZACION		Docto Ing:	X85 16353
			Fecha Ing:	May.11/2026

Nombre:	BAILARIN MAJORE ALEJANDRA	Edad:	1 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3145448647	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1048023223	Id:	RC 1.048.023.223		
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	14:27		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS				

Fecha: May.15/2026 Hora: 11:28 Profesional: HERRERA BUJATO YURY RAFAEL Especialidad: MEDICINA GENERAL

ORDENES MEDICAS - W61 322303 - May.15/2026

1. HOSPITALIZADA

2. CATETER SALINIZADO.

3. LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA
4. MEDICAMENTOS POS: CLINDAMICINA 600MG/4MLzzz - AMPOLLA ,Cantidad:6 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis: ,Tipo Dosis: ,Frecuencia: ,Tipo Frecuenia: ,Dias Duracion: ,Dosis Obs:APLICAR 250 MG IV LENTOS DILUIDOS C/8 HORAS

5. MEDICAMENTOS POS: SODIO CLORURO 0.9% 100 MLzzz - BOLSA ,Cantidad:6 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis: ,Tipo Dosis: ,Frecuencia: ,Tipo Frecuenia: ,Dias Duracion: ,Dosis Obs:PARA DILUCION DE MEDICACION.

6. MEDICAMENTOS POS: PAMOATO PIRANTEL (COMBANTRIN) 250 MG * - Tab cja x 3 ,Cantidad:1 ,Via:ORAL ,Dosis: ,Tipo Dosis: ,Frecuencia: ,Tipo Frecuenia: ,Dias Duracion: ,Dosis Obs:DAR 1/2 CONTENIDO 1 HORAS DESPUES DEL DESAYUNO Y REPETIR AL DIA SIGUIENTE. Y SUSPENDER.

7. MEDICAMENTOS POS: ACETAMINOFEN 150 MG /5ML 60MLzzz - JARABE ,Cantidad:1 ,Via:ORAL ,Dosis: ,Tipo Dosis: ,Frecuencia: ,Tipo Frecuenia: ,Dias Duracion: ,Dosis Obs:DAR 4 CC VO C/6 HORAS.

8. MEDICAMENTOS POS: CROTAMITON 10% FCOzzz - LOCION TOPICA ,Cantidad:1 ,Via:TOPICO ,Dosis: ,Tipo Dosis: ,Frecuencia: ,Tipo Frecuenia: ,Dias Duracion: ,Dosis Obs:APLICAR DEL CUELLO HACIA A BAJAO POR LAS NOCHES Y ENJUGAR AL DIA SIGUINETE CON AGUA Y JABON DE BAÑO.

9. MEDICAMENTOS POS: OXIGENO A DOS LITROS POR MINUTO. - ,Cantidad:1 ,Via:NO APLICA ,Dosis: ,Tipo Dosis: ,Frecuencia: ,Tipo Frecuenia: ,Dias Duracion: ,Dosis Obs:APLICAR POR CANULA NASAL A 2 LTS/MIN POR RAZON NECESARIA
10. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR LOS CAMBIOS.

Fecha: May.16/2026 Hora: 11:03 Profesional: CARRILLO HERRERA PAOLA ANDREA Especialidad: MEDICINA GENERAL

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 525862 - May.16/2026

1. DICLOXACILINA 250 MG/5ML - POLVO PARA SUSPENSIO, Via:ORAL, Cantidad:1, Dosis:TOMAR 2 CENTIMETROS CUBICO CADA 6 HORAS POR 5 DIAS.
2. LORATADINA 5MG/5ML 100 MLzzz - JARABE, Via:ORAL, Cantidad:1, Dosis:TOMAR 3 CENTIMETROS CUBICO CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.

ORDEN DE LABORATORIO - W05 198701 - May.16/2026

1. HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCI -, Cantidad:1, Obs:.

ORDENES MEDICAS - W61 322360 - May.16/2026

1. ALTA

BOLETA DE SALIDA - X94 83888 - May.16/2026

ALTA

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 39**
FECHA	25 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	GLORIA TATIANA MOLINA MAJORE CC. 1041540320	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	1041540320 70472288	
OBSERVACIÓN	se reclama el padre	
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA CON DIFICULTA DE SALUD, ESTADIA EN EL CASCO URBANO.	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	MAJORE-AMBURA	
N° PAQUETES	2	

Edwar Castillo P.
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.041.533.993

Apellidos
MOLINA MAJORE

Nombres
GLORIA TATIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.49

Sexo
F

Fecha de nacimiento
15 MAR 2007

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
URRAO (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
12 FEB 2026, URRAO

Fecha de expiración
12 FEB 2036

Firma

NO FIRMA

Resolución 2335 29 dic 2023

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TECNICO No. 1
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

E.S.E Hospital Iván Restrepo Gómez "Vivimos para servir" Urrao - Antioquia

Código:		NUMERO INFORME:	Z01 21661	Fecha:	May.11/2026	Hora:	08:25
Versión:							

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ		
Código:	058470483901	Nit:	890.980.971-1
Dirección:	CARRERA 32 NRO. 23-61		
Teléfono:	8503898	Fax:	8503075
Departamento:	Antioquia	Código:	05
Municipio:	URRAO	Código:	847

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	MOLINA			2do. Apellido:	MOLINA
1er Nombre:	SANTIAGO			2do. Nombre:	
Tipo de Documento:	REGISTRO CIVIL			No. Documento	1.041.540.320
Fecha de Nacimiento:	Jun.11/2023	Edad:	2 Años	Sexo:	MASCULINO
Dirección Residencia	VDA; MAJORE			Teléfono:	3148313353
Dirección Alternativa:				E-mail:	UMANDUKERA@GMAIL.COM
Departamento:	ANTIOQUIA			Código:	05
Municipio:	URRAO			Código:	847
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-1			N. Autorizacion:	
Entidad Responsable de Pago:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS			Código:	EPSS40

III. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1er Apellido:	MOLINA	2do. Apellido:	MAJORE
1er Nombre:	GLORIA	2do. Nombre:	TATIANA
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento	CC 1.041.533.993
Dirección Residencia	VEREDA MAJORE AMURA URRAO ANTIOQUIA	Teléfono:	3017963599
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	URRAO	Código:	847

IV. PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	HERRERA BUJATO YURY RAFAEL	Teléfono:	8503898
Teléfono Celular:			
Causa motivo Aten:	** NO EXISTE		
Servicio que solicita la referencia:	MEDICINA GENERAL		
Servicio para el cual se solicita la referencia:	OFTALMOLOGIA		

V. INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diagnostico principal:	H109	CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA
Diagnostico relacionado 1:	H150	ESCLERITIS
Diagnostico relacionado 2:	H042	EPIFORA
Diagnostico relacionado 3:	H018	OTRAS INFLAMACIONES ESPECIFICADAS DEL PARPADO
Destino del paciente:	** NO PRESENTA **	

Resumen de Anamnesis:

VALORACION POR OFTALMOLOGIA
DIAGNOSTICO A TRATAR: CELULITIS PRESEPTAL, EPIFORA, ESCLERITIS, H018, H042, H150
TRATAMIENTO ACTUAL CON: CLINDAMICINA 274 MG C/8 HORAS, DIPIRONA SODICA 500 MG IV POR RAZON NECESARIA, ACETAMINOFEN JBE 6.5 CC VO C/6 HORAS, DEXAMETASONA+ NEOMICINA + POLIMICINA GOTAS OFTALMICAS C/2 HORAS, PENDIENTE REMISION A OFTALMOLOGIA.
SV: PESO: 13 KGS TALLA: 83 CMTS FC: 98 FR: 28 TEMP: 36.3 SaO2: 98% GLASGOW: 15/15.
"TIENE UN OJO ENFERMO"
R Y P EN VEREDA MAJORE AMURA
SOLTERO, ESTUDIOS: NINGUNO
FECHA DE NACIMIENTO: 11/6/2023
MADRE: GLORIA TATIANA MOLINA MAJORE CC N 1041533993 CEL: 3017963599
PADRE: CARLOS AZAEL MOLINA MOLINA CC N 70472289
PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD EN SU QUINTO DIA DE ESTANCIA HOSPITALARIA CON DIAGNOSTICO DE CELULITIS PRESEPTAL DEL OJO DERECHO. QUE FUE TRAIDO POR LA MADRE POR CONSULTA EXTERNA CON UNA SEMANA DE EVOLUCION EN TOS HUMEDA, RINORREA HIALINA, HEMORRAGIA CONJUNTIVAL DERECHA, SECRECIÓN PURULENTA ABUNDANTE, OPACIDAD DEL CRISTALINO. REFIERE AUTOMEDICACION CON ACETAMINOFEN JARABE (NO RECUERDA DOSIS) CON APLICACIÓN DE LECHE MATERNA. AHORA CON HEMORRAGIA CONJUNTIVAL, OPACIDAD DEL CRISTALINO. SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA. TOXICOS, ALERGICOS Y QUIRURGICOS (_). PRODUCTO DEL SEGUNDO EMBARAZO A TERMINO PARTO VAGINAL NORMAL DOMICILIARIO ASITIDO POR EMPIRICA. YA TIENE VACUNAS PARA SARS CoV2-19 NO TRAE CARNET DE VACUNAS. POR

537125

PREVENCION CONTRA EL SARS-COV-2 COVID - 19, SUBVARIANTE OMATOS, APC, FRANKENSTEIN Y VIRUS INFLUENZA A(H3N2). SE EXAMINA PACIENTE UTILIZANDO ELEMENTOS DE PROTECCION. UNIFORME ANTIFLUIDOS, MASCARA N 95, CARETA, Y BATA MANGAS LARGA QUE CUBRE LA TOTALIDAD DEL CUERPO. LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE LA ATENCION. SE REMITE PARA VALORACION URGENTE POR OFTALMOLOGIA.

50787/98

VI.FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE	Firma YURI RAFAEL HERRERA BUJATO C.C. # 92.133.125 R.M: 5-0787/98 MEDICO GENERAL	Registro Medico 50787/98

Resolución 2335 29 dic 2023

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TECNICO No. 1
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

E.S.E Hospital Iván Restrepo Gómez "Vivimos para servir" Urrao - Antioquia

Código:		NUMERO INFORME:	Z01 21661	Fecha:	May.11/2026	Hora:	08:25
Versión:							

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ		
Código:	058470483901	Nit:	890.980.971-1
Dirección:	CARRERA 32 NRO. 23-61		
Teléfono:	8503898	Fax:	8503075
Departamento:	Antioquia	Código:	05
Municipio:	URRAO	Código:	847

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	MOLINA			2do. Apellido:	MOLINA
1er Nombre:	SANTIAGO			2do. Nombre:	
Tipo de Documento:	REGISTRO CIVIL			No. Documento	1.041.540.320
Fecha de Nacimiento:	Jun.11/2023	Edad:	2 Años	Sexo:	MASCULINO
Dirección Residencia	VDA; MAJORE			Teléfono:	3148313353
Dirección Alternativa:				E-mail:	UMANDUKERA@GMAIL.COM
Departamento:	ANTIOQUIA			Código:	05
Municipio:	URRAO			Código:	847
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-1			N. Autorizacion:	
Entidad Responsable de Pago:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS			Código:	EPSS40

III. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1er Apellido:	MOLINA	2do. Apellido:	MAJORE
1er Nombre:	GLORIA	2do. Nombre:	TATIANA
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento	CC 1.041.533.993
Dirección Residencia	VEREDA MAJORE AMURA URRAO ANTIOQUIA	Teléfono:	3017963599
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	URRAO	Código:	847

IV. PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	HERRERA BUJATO YURY RAFAEL	Teléfono:	8503898
Teléfono Celular:			
Causa motivo Aten:	** NO EXISTE		
Servicio que solicita la referencia:	MEDICINA GENERAL		
Servicio para el cual se solicita la referencia:	OFTALMOLOGIA		

V. INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diagnostico principal:	H109	CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA
Diagnostico relacionado 1:	H150	ESCLERITIS
Diagnostico relacionado 2:	H042	EPIFORA
Diagnostico relacionado 3:	H018	OTRAS INFLAMACIONES ESPECIFICADAS DEL PARPADO
Destino del paciente:	** NO PRESENTA **	

Resumen de Anamnesis:

VALORACION POR OFTALMOLOGIA
DIAGNOSTICO A TRATAR: CELULITIS PRESEPTAL, EPIFORA, ESCLERITIS, H018, H042, H150
TRATAMIENTO ACTUAL CON: CLINDAMICINA 274 MG C/8 HORAS, DIPIRONA SODICA 500 MG IV POR RAZON NECESARIA, ACETAMINOFEN JBE 6.5 CC VO C/6 HORAS, DEXAMETASONA+ NEOMICINA + POLIMICINA GOTAS OFTALMICAS C/2 HORAS, PENDIENTE REMISION A OFTALMOLOGIA.
SV: PESO: 13 KGS TALLA: 83 CMTS FC: 98 FR: 28 TEMP: 36.3 SaO2: 98% GLASGOW: 15/15.
"TIENE UN OJO ENFERMO"
R Y P EN VEREDA MAJORE AMURA
SOLTERO, ESTUDIOS: NINGUNO
FECHA DE NACIMIENTO: 11/6/2023
MADRE: GLORIA TATIANA MOLINA MAJORE CC N 1041533993 CEL: 3017963599
PADRE: CARLOS AZAEL MOLINA MOLINA CC N 70472289
PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD EN SU QUINTO DIA DE ESTANCIA HOSPITALARIA CON DIAGNOSTICO DE CELULITIS PRESEPTAL DEL OJO DERECHO. QUE FUE TRAIDO POR LA MADRE POR CONSULTA EXTERNA CON UNA SEMANA DE EVOLUCION EN TOS HUMEDA, RINORREA HIALINA, HEMORRAGIA CONJUNTIVAL DERECHA, SECRECIÓN PURULENTA ABUNDANTE, OPACIDAD DEL CRISTALINO. REFIERE AUTOMEDICACION CON ACETAMINOFEN JARABE (NO RECUERDA DOSIS) CON APLICACIÓN DE LECHE MATERNA. AHORA CON HEMORRAGIA CONJUNTIVAL, OPACIDAD DEL CRISTALINO. SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA. TOXICOS, ALERGICOS Y QUIRURGICOS (_). PRODUCTO DEL SEGUNDO EMBARAZO A TERMINO PARTO VAGINAL NORMAL DOMICILIARIO ASITIDO POR EMPIRICA. YA TIENE VACUNAS PARA SARS CoV2-19 NO TRAE CARNET DE VACUNAS. POR

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.345.544**
MAJORE ANGARITA

APELLIDOS
LAURA ROSA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1976**
URRAO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | **O+** G S RH | **F** SEXO

17-JUL-1996 URRAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0128300-00163450-F-0043345544-20090718 0013644395A 1 2050101856

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 40**
FECHA	25 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	ALBA LUCIA MOLINA SINIGUI TI. 1041536992	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	Alba lucia	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA CON DIFICULTA DE SALUD, ESTADIA EN EL CASCO URBANO.	
LUGAR DE RECIDENCIA	CASA INDIGENA DE BUENOS AIRES	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	ANDABU	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.041.536.992**

MOLINA SINIGUI

APELLIDOS

ALBA LUCIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-2011**

URRAO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

21-MAY-2029
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

11-ENE-2019 URRAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0128300-01065576-F-1041536992-20190308

0064810130A 1

51556406

Carrera 48 No 32 -102
Conmutador: 384 73 00
www.hgm.gov.co
Medellín , Colombia
Nit: 890 904 646 -7

Historia Clínica

Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Paciente : ALBA LUCIA MOLINA SINIGUI
Fec. Nac. : 21.05.2011
Aseguradora : ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS
Admisión : 01.05.2026 09:06:48
Dirección : COMUNIDAD ANDABU
Teléfono : 3243780190
Nombre Acompañante: MOLINA LEONARDO
Nombre persona responsable del usuario: SINIGUI LUCELY
Teléfono : 3137381870

Identificación : TI - 1041536992
Edad/Sexo : 14 años / F
T. Vinculación : Subsidiado Nivel 0
Episodio: 2423802 **Cama:** CA-410B
Ocupación : Menor de edad
Estado Civil : Sol.
Teléfono : 3113749242

Parentesco : Madre

Nacido en Otra Institución : No
Causa Externa : Accidente Ofídico
Finalidad de la Consulta : No Aplica
Enfermedad Actual : INGRESO URGENCIAS DE PEDIATRÍA Nombre: ALBA LUCIA MOLINA SINIGUI Fecha de nacimiento: 21.05.2011 Edad: 14 años Fecha de ingreso: 01.05.2026 En compañía de Esposo Juan Diego Bailarin Residente en comunidad indígena en Guavinan 2 en Urrao, emberá Peso: 45 Kg Talla: 145 cm Motivo de consulta: Traslado en helicóptero desde Urrao Enfermedad actual: Paciente femenina de 14 años, madre de hijo de 8 meses, residente en comunidad indígena en Guavinan 2 en Urrao, emberá. Es traída en helicóptero por cuadro de 40 horas de evolución de mordedura de serpiente Bothrops en codo derecho con posterior edema importante de toda la extremidad, aparición de flictenas, limitación para flexoextensión de codo, pronosupinación, extensión de hombro, movilización de falanges. Médico de helicóptero refiere que la recogen en comunidad y encuentran a la paciente en regulares condiciones generales, con extremidad comprometida con ascenso gradual, compromiso de 3 secciones. Refiere que se le administra un bolo de 300 cc de lactato de ringer y dejan líquidos de mantenimiento a 45 cc/hora. Refieren que durante traslado presenta hipertensión. Niegan alteración del estado de consciencia, cefalea, convulsiones, sangrado, disnea, signos de dificultad respiratoria, dolor abdominal, vómito o deposiciones líquidas. El esposo refiere que le estaban adiminstrando una planta que desconoce el nombre. Antecedentes - Perinatales: producto del quinto embarazo, sin controles prenatales, parto en casa, sin complicaciones según el padre - Hospitalizaciones o patológicos: niega - Quirúrgicos: niega - Alérgicos: niega - Vacunación completa según el papá pero no trae carné - Familiares niega, al parecer sobrino fallecido mortinato?? - Patológicos: Síndrome nefrítico atípico en 2018 *Proteinuria en rango nefrótico *Sospecha de etiología postestreptocóccica *POP de biopsia renal con eco posterior sin hematoma. - Medicamentos: Niega. - Hospitalizaciones: En 2018 por síndrome nefrítico - Trasfusiones: Niega - Traumatológicos: Niega. - Hemoclasificación: O+ - Familiares: Niega - Ginecológicos: Gestas 1, parto vértice espontáneo. Se desconocen datos adicionales - Sociales: Residente en conunidad indígena, reside con esposo e hijo de 8 meses. **Se evalúa paciente con todos los elementos de protección personal, siguiendo protocolo institucional para prevenir enfermedades infecto contagiosas** Presión arterial: 116/96 Frecuencia respiratoria: 22 Frecuencia cardiaca: 118 Temperatura: 36.5 Saturación de oxigeno: % sin oxigeno suplementario Presion arterial Antropometría Talla/Edad: -2.42 IMC/Edad: 0.40

Revisión Por Sistemas

Síntomas generales :
f
Cabeza :
f
Órganos de los sentidos :
f
Garganta :
f
Cuello :
f
Cardiorrespiratorio :
f
Mamas :
f
Gastrointestinal :
f
Genitourinario :
f
Gineco-Obstétrico :
f
Venéreo :
f
Endocrino :
f
Locomotor :
f
Neuromuscular :
f

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el de creto 2364 del 2012"

Historia Clínica

Neurosiquiatrico :
f
Piel y anexos :
f

Signos Vitales de Ingreso

Estado de Ingreso	: Vivo						
Temperatura	: 36,3	°C	Peso	: 45,000	Kg	Per. Cef.	: 0,00
Presión Arterial : 112	/ 96	mm Hg	Talla	: 1,450	mtrs	Per. Abd.	: 0,00
Frec. Cardiaca	: 88	x min	IMC	: 21,40		SC (m2)	: 1,39
Frec. Respiratoria	: 20	x min	Sat con O2	: 0,00		Sat sin O2	: 95,00

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratación : Bien Hidratado
Estado General: Regular

Hallazgos Examen Físico Sin Prellenado

Cabeza : Normocéfala
Cara : Conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, pupilas simétricas y normoreactivas
ORL : Nariz sin lesiones
Conductos auditivos externos sin lesiones, membrana timpánica color gris perlado, sin eritema ni abombamiento
Mucosa oral húmeda, amígdalas no eritematosas, sin exudados ni escurrimiento posterior. Lengua con coloración cafe (tenía una planta)
Cuello : Cuello móvil, sin masas o adenopatías
Tórax y Mamas : Tórax simétrico, sin retracciones
Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreagregados
Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos, 2 P normal
Abdomen : Abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin masas o megalias, sin signos de irritación peritoneal
Genitourinario : Genitales: normoconfigurados, sin lesiones, sin sangrados
Extremidad : Extremidades: Miembro superior derecho francamente edematizado, en flexión, diámetro de 25 cm en comparación con izquierdo de 19 cm, piel tensa, limitación para flexoextensión, pronosupinación, , ausencia de pulso distal, presenta flictenas en región flexora. Compromiso de 3 secciones: Mano, antebrazo, brazo y hombro.
Neurológico : Neurológico sin déficit motor ni sensitivo aparente, Glasgow 15/15, no movimientos anormales
Otros Hallazgos : Piel sin otras lesiones ni sangrados
Med. Registra : ORTIZ VELASQUEZ,LUISA FERNANDA **Registro Med.** : 1036336539
Especialidad : PEDIATRIA **Identificación** : CC1036336539

Justificacion de Rechazo Especialidad tratante

Evoluciones Médicas

* 13.05.2026 11:02:30 FIRMÓ: MARTINEZ MORENO, VICTOR ANDRES **Identificación** : CC1007633812
PEDIATRIA Registro Médico:1098798174

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 41**
FECHA	26 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	HOLINDO DOMICO BAILARIN CC. 1041539050	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	Holindo D	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA CON DIFICULTA DE SALUD, ESTADIA EN EL CASCO URBANO.	
LUGAR DE RECIDENCIA	GUABINA	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	VALLE DE PERDIDAS	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60043276

NUIP 1041539050

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ___ Notaría X Número ___ Consulado ___ Corregimiento ___ Inspección de Policía ___ Código C 1 H

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - URRAO NOTARIA 1 URRAO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DOMICO	DOMICO

Nombre(s): YARETZI

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2002 Mes AGO Día 03	FEMENINO	NI	

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - URRAO

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

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: DOMICO BAILARIN ANA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 1041534439	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos: DOMICO BAILARIN HOLINDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1041531947	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DOMICO BAILARIN HOLINDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1041531947	Holindo

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: BAILARIN JOSELINE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1151434581	JOSELINE

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: DOMICO DOMICO GILDARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1041532648	Gildardito

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2004 Mes SEP Día 27	BEATRIZ HELENA ARCILA GIRALDO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Holindo Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

60043276

E.S.E Hospital Iván Restrepo Gómez "Vivimos para servir" Urrao - Antioquia	ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ Nit: 890.980.971-1		
	HISTORIA CLINICA DE: RONDA HOSPITALIZACION	Atencion:	21
		Fecha:	May.15/2026

Nombre:	DOMICO DOMICO YARETZI	Edad:	5 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	0008503898	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1041539050	Id:	RC 1.041.539.050		
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	06:58		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS				

ANAMNESIS

Informacion Dada Por El Paciente: ***RONDA MEDICA***
YARETZI DOMICO DOMICO
PACIENTE FEMENINA DE EN SU SEXTO DIA DE ESTANCIA HOSPITALARIA CON DIAGNOSTICO DE IRA NEUMONIA GRAVE
DIAGNOSTICO A TRATAR: IRA NEUMONIA GRAVE
EN TRATAMIENTO ACTUAL: AMPICILINA 700 MG IV LENTOS DILUIDOS C/6 HORAS, HIDROCORTISONA 100 MG DIA, ACETAMINOFEN JBE 7 CC VO C/6 HORAS, MNB CON BERODUAL 10 GOTAS EN 3 CC SSN 0.9% C/8 HORAS, OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 LTS/MIN POR RAZON NECESARIA.
SV: PESO: 14 KGS TALLA: 95 CMTS FC: 108 FR: 24 TEMP: 36 SaO2: 96% GLASGOW: 15/15..

Tratamiento Actual: AMPICILINA 700 MG IV LENTOS DILUIDOS C/6 HORAS, HIDROCORTISONA 100 MG DIA, ACETAMINOFEN JBE 7 CC VO C/6 HORAS, MNB CON BERODUAL 10 GOTAS EN 3 CC SSN 0.9% C/8 HORAS, OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 LTS/MIN POR RAZON NECESARIA.

Revision por Sistemas:

Antecedentes:

Personales: OTRAS ENFERMEDADES: PARTO NORMAL EN CASA

Familiares: OTRAS ENFERMEDADES: LA MADRE NIEGA

Psico-Sociales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Ginecologicos: Parto Multiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren 1 S: 0, Mueren D1 S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: May.00/0000, Trimestre Embarazo: ** NO EXISTE, Ciclo Mestrual: , Fecha ultima citologia: May.00/0000, Proxima citologia: May.00/0000, Resultado de la citologia: , Observaciones resultado: , Fecha ultima mestruacion: May.00/0000, Fecha de parto: May.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: .

Examen Fisico:

Estado General: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES

Signos Vitales: Peso: 15.00 KG Kg, Talla: 95 Mts, IMC: 16,62, Clasificacion: Bajo Peso, Riegos: Desnutricion, Pulso: 108 Xm, Frecuencia Cardiaca: 108 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 24, P.Sistolica: 0, P.Diastolica: 0, P.Arterial Media: 0, Temperatura: 36, Sitio de toma: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y FANERAS: NORMAL,. CABEZA: NORMAL,. OJOS: NORMAL,. OIDOS: NORMAL,. BOCA: NORMAL,. GARGANTA: NORMAL,. CUELLO: NORMAL,. TORAX: NORMAL,. SIST.RESPIRATORIO: NORMAL,. SIST.CARDIOVASCULAR: NORMAL,. SIST.VASCULAR PERIFERICO: NORMAL,. ABDOMEN: NORMAL,. SIST.GENITOURINARIO: NORMAL,. TACTO VAGINAL: NORMAL,. TACTO RECTAL: NORMAL,. SIST.LOCOMOTOR: NORMAL,. SIST.NEUROLOGICO: NORMAL,. EX.GANGLIONAR: NORMAL,. EX.MENTAL: NORMAL,. OTROS: NORMAL,. NARIZ: NORMAL,

Paraclinicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Concepto Medico: ***RONDA MEDICA***
YARETZI DOMICO DOMICO
PACIENTE FEMENINA DE EN SU SEXTO DIA DE ESTANCIA HOSPITALARIA CON DIAGNOSTICO DE IRA NEUMONIA GRAVE
DIAGNOSTICO A TRATAR: IRA NEUMONIA GRAVE
EN TRATAMIENTO ACTUAL: AMPICILINA 700 MG IV LENTOS DILUIDOS C/6 HORAS, HIDROCORTISONA 100 MG DIA, ACETAMINOFEN JBE 7 CC VO C/6 HORAS, MNB CON BERODUAL 10 GOTAS EN 3 CC SSN 0.9% C/8 HORAS, OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 LTS/MIN POR RAZON NECESARIA.
SV: PESO: 14 KGS TALLA: 95 CMTS FC: 108 FR: 24 TEMP: 36 SaO2: 96% GLASGOW: 15/15.

E.S.E Hospital Iván Restrepo Gómez "Vivimos para servir" Unión - Antioquia	ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GOMEZ Nit: 890.980.971-1		
	HISTORIA CLINICA DE: RONDA HOSPITALIZACION	Atencion:	21
		Fecha:	May.15/2026

Nombre:	DOMICO DOMICO YARETZI	Edad:	5 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	0008503898	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1041539050	Id:	RC 1.041.539.050		
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	06:58		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS				

PACIENTE FEMENINA 5 AÑOS DE EDAD EN SU SEXTO DIA DE ESTANCIA HOSPITALARIA CON DIAGNOSTICO DE IRA ENUMONIA GRAVE EN MEJORES CONDICONES GENERALES SIN REQUERIMIENTOS DE OXIGENO. QUE ES TRAIDA POR LA MADRE AL SERVICIO DE URGENCIAS EL DIA 9/5/2026 REFIERE LA MADRE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS HUMEDA, RINORREA HIALINA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR Y FIEBRE SUBJETIVA, VOMITOS Y DEPOSICIONES DIARREICAS, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA. TOXICOS, ALERGICOS Y QUIRURGICOS (_). PRODUCTO DEL EMBARAZO A TERMINO PARTO VAGINAL NORMAL ASISTIDO POR EMPIRICA. ES QUEMA DE VACUNACION INCOMPLETO PARA SU EDAD NO TIENE VACUNAS PARA SARS CoV2-19 NO TRAE CARNET DE VACUNAS. POR PREVENCION CONTRA EL SARS Co-V2 COVID - 19, SUBVARIANTE STRATUS, XFG, FRANKENSTEIN" Y VIRUS INFLUENZA A(H3N2). SE EXAMINA PACIENTE UTILIZANDO ELEMENTOS DE PROTECCION. UNIFORME ANTIFLUIDOS, MASCARA N 95, CARETA, Y BATA MANGAS LARGA QUE CUBRE LA TOTALIDAD DEL CUERPO. LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE LA ATENCION. SE DECIDE DAR DE LATA CON FORMULA MEDICA Y CITA POR CONSULTA EXTERNA EN 3 DIAS.

.

Pagina: 3 de 3 Imprime: HBYR	Medico:HERRERA BUJATO YURY RAFAEL	Firma Yury Rafael Herrera Bujato CC # 72.131.125 RM: 5-0787/98 MEDICO GENERAL
Fecha Sistema:15/05/2026 Hora:8:07:46	Cedula: 72.131.125 Registro: 50787/98	

JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ
Legumbres y Granos de Mi huerta

Número y Objeto del Contrato: CSU-MU-189-2026 "SUMINISTRO DE PAQUETES DE ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN INDIGENA CON DIFICULTADES DE SALUD Y ESTUDIANTES DE LOS RESGUARDOS VALLE DE PÉRDIDAS, MAJORE-AMBURA Y ANDABÚ DEL MUNICIPIO DE URRAO-ANTIOQUIA".

Supervisor:
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
Secretario De Desarrollo Social y Etnias
bienestarl@urrao-antioquia.gov.co
enlaceindigenaurrao@gmailcom

ORDEN DE ENTREGA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS

MUNICIPIO	URRAO-ANTIOQUIA	**N° ORDEN: 42**
FECHA	26 DE MAYO DE 2026	
CONTRATISTA	JHON ARLEY HERNANDÉZ FLOREZ	
POBLACIÓN /BENEFICIARIO	INIDIGENA	
NOMBRE QUIEN AUTORIZA	EDWAR CASTIILO PIEDRAHITA	
NOMBRE Y CEDULA DEL USUARIO	CARLOS AZAEL MOLINA MOLINA CC. 70472289	
FIRMA DE QUIEN RECIBE	carlosazmolina	
OBSERVACIÓN		
DESCRIOCIÓN DE LA NECESIDAD:	POBLACIÓN INDIGENA DE ZONA SELVATIVA CON DIFICULTA DE SALUD, ESTADIA EN EL CASCO URBANO.	
LUGAR DE RECIDENCIA	MAJORE	
RESGUARDO A LA QUE PERTENECE	MAJORE-AMBURA	
N° PAQUETES	1	

Edwar Castillo P
EDWAR CASTILLO PIEDRAHITA
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y ETNIAS
URRAO – ANTIOQUIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.472.289
MOLINA MOLINA

APELLIDOS
CARLOS AZAEL

NOMBRES

carlos molina

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1985
URRAO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-DIC-2003 CAICEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0128300-00200656-M-0070472289-20091128 0018444162A 1 29328687

JUDY MARY JIMENEZ FLOREZ
NOTARIA ENCARGADA
NOTARÍA ÚNICA DE URRAO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP	1041540320

Indicativo Serial 62327249

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X					C 1 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - ANTIOQUIA - URRAO NOTARIA 1 URRAO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOLINA	MOLINA

Nombre(s)
SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUN Día 11	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)
COLOMBIA - ANTIOQUIA - URRAO

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

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
MOLINA MAJORE GLORIA TATIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 1041533993	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos
MOLINA MOLINA CARLOS AZAEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 70472289	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MOLINA MOLINA CARLOS AZAEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 70472289	carlos azael

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 ante quien se hace el inscripción
Año 2023 Mes NOV Día 24	JUDY MARY JIMENEZ FLOREZ NOTARIA ENCARGADA NOTARÍA ÚNICA DE URRAO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
carlos azael Firma	JUDY MARY JIMENEZ FLOREZ NOTARIA ENCARGADA NOTARÍA ÚNICA DE URRAO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:LIBRO DE VARIOS TOMO 30 FOLIO 53; OTRO:OT - EMBERA EYABIDA "AUTORIZACION INDIGENA";24/11/2023

JUDY MARY JIMENEZ FLOREZ

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

E.S.E Hospital Iván Restrepo Gómez Sembrando salud

Referencia E.S.E Hospital Ivan Restrepo Gomez <referencia@hospitalurrao.gov.co>

1041540320 SANTIAGO MOLINA MOLINA URRAO

Regulador Caldas Hospital De Caldas Antioquia <reguladorcaldas@esehospicaldas.gov.co> 11 de mayo de 2026 a las 20:39

Para: "Referencia E.S.E Hospital Ivan Restrepo Gomez" <referencia@hospitalurrao.gov.co>

Cordial Saludo

PACIENTE ACEPTADO en ESE Hospital San Vicente de Paul de Caldas ingreso:
***12/05/2026 Después de las 07:00 am ***
Por favor ingresar con autorización 10M002 o correspondiente.

El paciente debe ingresar: Con acompañante, con documento de identidad original, autorización, historia clínica, ayudas diagnósticas.

IMPORTANTE: INFORMAR CUALQUIER CAMBIO HEMODINAMICO
1. Los hallazgos encontrados al realizar el TRIAGE deben coincidir con la historia clínica enviada para la aceptación, de lo contrario no será aceptado el paciente.
2. El paciente debe llegar con todos los documentos solicitados, de lo contrario no se recibe paciente hasta obtener toda la papelería.
3. El paciente debe llegar a la fecha y hora asignada, si llega antes o después de lo acordado no se acepta el ingreso

85 años de servicio

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia

ALEXANDER OCHOA - APH
Coordinador Central de Referencia y Contrarreferencia
Subgerencia de Servicios de Salud
Tel: 604 4448061 Ext 113
Cel: 3206986131
E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Caldas - Antioquia

Comprometidos con un futuro más verde