

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **60.403.652**
RAMIREZ REMOLINA

APELLIDOS
CLAUDIA INES

NOMBRES

Claudia Inés Ramirez R
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1967**

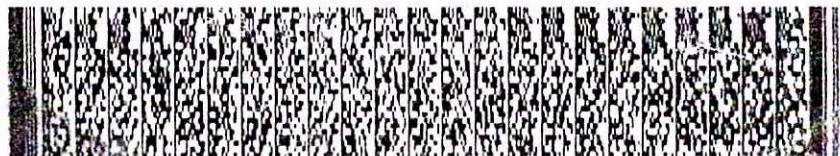
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-AGO-1988 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2510000-00241346-F-0060403652-20100615 0022230630A 1 45

Cel. 302-5943571
318-4597333

Correo Electrónico : ramirezremolinaq@gmail.com

	PROCESO DE APOYO	CÓDIGO: PAAS 0141
	ÁREA DE TERAPIAS.	VERSIÓN: 01
	CERTIFICADO FISIOTERAPEUTICO DE LIMITACIONES FUNCIONALES.	Página de 1

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUM
Ramirez	Kemolina	Claudia Ines	6041
Edad: 50.	Estado Civil: Madre Soltera	Escolaridad: Bachiller.	Género: F X
Dirección: Cll 3 N° 9-47 B. Bellavista	O Rio	Teléfono: 318-4597333	652

FECHA: AÑO: 2017 MES: 08 DIA: 02

DIAGNÓSTICO: Osteomielitis - Secuelas fractura Antebrazo;
Derecho

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien hace aprox. 8 años presentó de tenor o osteomuscular Degenerativo con limitación de la fuerza muscular y presencia permanente de dolor, se le diagnosticó Osteomielitis y secuelas fractura anterior mal consolidada, se le realizó procedimiento quirúrgico con implantación de material de osteosíntesis, reducción. A la Vaca con presentó contractura severa que limita función articular de muñeca, presenta deformidad Región dorsal con abultamiento, hipostenia e inestabilidad Articular, Imposibilidad para realizar agarre y apoyo, mano diestra Semidependiente Ad. Apoyo, Agarre, destreza, Apoyo y movilidad

CARACTERIZACIÓN: Discapacidad Motora Moderada

Dra. Diana Andrade R.
UNIVERSIDAD JAVIERIANA
SUBGERENCIA MEJORES BOSQUES DE SALUD.
C.C. 1018456300

"DOCUMENTO VÁLIDO
PARA TRÁMITES
CON ALCALDIA DE VILLA DEL ROSARIO".

H.R.E. HOSPITAL LOCAL
FISIOTERAPEUTICO SAHUM
VILLA DEL ROSARIO

DRAD R.006390

Fecha de solicitud	Dia	Mes	Año
	23	11	2022

Nombre del paciente	Claudia Inés Ramirez Remolina		
Numero de identificacion	60403652		
Telefono de contacto	3205943571 3184597333		

Tipo de solicitante (Marque con una X)	Usuario	Tercero	Entidad judicial o de control
	X		
Nombre del solicitante	Claudia Inés Ramirez Remolina		
Numero de identificacion	60403652		
Telefono de contacto	3205943571 3184597333		
Parentesco (Si aplica)			

N. Historia clínica	
Tipo de solicitud (Marque con una X)	
Copia completa de historia clínica	X
Copia parcial de historia clínica	
certificación de nacimiento	
Certificación de fallecimiento	
Certificación de hospitalización (Posterior al egreso)	
Constancia de hospitalización	
otros, cual?	

MOTIVO DE LA SOLICITUD (Explicar el por qué)

Solicito = Historia clínica de la operación de la mano derecha
 Ingerido = 2006 - para presentarla en Asociat grupo de
 discapacidad -

FIRMA DEL SOLICITANTE		ESPACIO PARA RADICACION DEL CEGDOC (Entrada)	
- Claudia Inés Ramirez Remolina		Rad No. 2022-136-022279-2 2022-11-23 14:23 - CEGDOCAUX8 Dest:INFORMACION, E Rec/D:CLAUDIA INES Asun:SOLICITUD DE HIS Folios:2 Anexos:UNO FOLIOS DOS www.opecolombia.com	
Direccion	calle 3 #9-47 Barrio Bellavista		
Correo electronico	ramirezremolina9@gmail.com,villa roxana		
<small>*Solicito y autorizo que la historia clínica, me sea enviada a través de la dirección de correo electrónico descrita en esta solicitud.</small> <small>Por favor Diligenciar de manera legible y completa la dirección de correo electrónico.</small>			
FIRMA DE QUIEN RECIBE		ESPACIO PARA RADICACION DEL CEGDOC (Salida)	
Nombre de quien recibe			
Numero de identificacion			
Telefono			
FUNCIONARIO QUE ENTREGA			
Nombre de quien entrega			
Numero de identificacion			
N. folios	Fecha	Dia:	Mes:
			Año:

*Señor Usuario si desea conocer previamente el costo de las fotocopias de la solicitud que acaba de adelantar ante nuestra Institución, podrá llamar al número 5746888 mencionando el numero del radicado correspondiente, al cumplir con los tiempos establecidos.

Recuerde: Para solicitudes de historias clínicas antes del año 2000 el tiempo de respuesta demora máximo 10 días hábiles siguientes a la fecha de radicación, las demás solicitudes se responderán 5 días hábiles siguientes a la fecha de radicación. En el caso de usuarios que viven fuera de la ciudad, si la solicitud es enviada por vía correo electrónico se radicará en la oficina CEGDOC con los soportes originales.

**Autorizo a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo MEOZ, para el uso de los datos personales aquí consignados de acuerdo al manual de recolección y protección de datos personales, en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 del 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que regulen la materia.

D. DESCRIPCIÓN HALLAZGOS OPERATIVOS

Bsp anotó que el Radio que allí
 en los pasos de por el taller para
 el Radio del telégrafo para la radio de
 Radio y Inspectoría presentó
 a uno de los de la radio de
 que para el taller de la radio de
 estación de Radio del telégrafo.
 El aviso llevó en el aviso, siendo
 este último el resultado de la radio

Foto f - 1

1384178

NOMBRE Y CÉDULA DEL CIUDADANO

NOMBRE Y CÉDULA DEL CIUDADANO

E. RECUPERACIÓN

FECHA DE INGRESO				
DIA	MES	AÑO	Hs.	Mtos.

FECHA DE EGRESO				
DIA	MES	AÑO	Hs.	Mtos.

ALDRETE

HORA
 CONCIENCIA
 ACTIVIDAD
 CIRCULACIÓN
 RESPIRACIÓN
 COLOR
 TOTAL

ACTIVIDAD MOTORA EN A. REGIONAL

HORA
 1. Mov. Total
 2. Mov. Total
 3. Mov. Pies
 4. No. Movimiento

NOMBRE Y CÉDULA DEL MÉDICO



RIA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

REGIMEN	C	S	V	P	O	No. CASO			
						No. HISTORIA	0010652		

A. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

ZARINELLE	Centelma	CIAVILA Thais		
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	
Fecha de Nacimiento	EDAD	SEXO	CONDICIÓN DE USUARIA	CAMA
Años 39	Mes 7	Masculino M	EMBARAZADA 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Día Mes Año	Días	Femenino F	NO EMBARAZADA	
SERVICIO PROCEDENCIA P C R A				

B. ANESTESIA

TIEMPO CIRUGÍA		TIPO DE ANESTESIA		ANESTESIOLOGO C.C. No. 33211454
INICIO	TERMIN	GENERAL	EPIDURAL	
		RAQUÍDEA		
Hs	Mto.	LOCAL	BLOQUEO	
				COMPLICACIONES SI NO

C. CIRUGIA

DX, FREOPÉRATORIO Tumor de Cuello Sfante, Nodulo	Código CIE
DX, POST-OPERATORIO Cx. Colposcopio Trabecular	
COMPLICACIONES	

TIEMPO CIRUGÍA		VÍA DE ACCESO		TIPO PROCEDIMIENTO
AMBULATORIO	C	ABDOMINAL	MIEMBROS SUPERIORES	DIAGNÓSTICO
HOSPITALARIA	CD	CRANEAL	MIEMBROS INFERIORES	TERAPÉUTICO
URGENCIAS	SD	CUELLO	RECTAL	
		GENITAL	TORAXICA	

CÓDIGO	GRUPO	PROCEDIMIENTOS	NOMBRES Y C.C. CIRUJANO	NOMBRE Y C.C. AYUDANTE
14310 13		Otro dren de histera		
14141 11		Injerto de 0	Bruno	Gontos
14332 10		Laparoscopio TC 0		
13371 9		Resecto fundi nódulo	19233475	13241446
13244 8		Resecto tumor		

TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO	BÁSICO	No. CIRUGIAS
PATHOLOGIA	CIRUGIA BILATERAL	No. CIRUGIAS
BIOPSIA	MULTIPLE IGUAL VIA IGUAL ESPECIALISTA	No. CIRUGIAS
CULTIVO	MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALISTA	No. CIRUGIAS
	MULTIPLE DIFERENTE O IGUAL VIA DIFERENTE ESPECIALISTA	No. CIRUGIAS

Joren
INSTRUMENTADORA

Herlinda Buitrago
CIRCULANTE
volumen
ENFERMERA



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZOZ
CUCUTA**

FECHA DE CIRUGIA DIA: 29 MES: 08 AÑO: 2006

ESTADÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

CLINICA MUNICIPAL DE TOLUCA

SECCION DE HOSPITALIZACIONES

ESTADIOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

A. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

LAMARIEZ	Carmelina	CICATRICES				
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			
Fecha de Nacimiento	EDAD	SEXO	CONDICIÓN DE USUARIA	CAMA		
Años	39	Masculino M				
04/05/67	Meses	Femenino F	EMBARAZADA	1	2	3
Día Mes Año	Días	Indeterminado I	NO EMBARAZADA	H		

SERVICIO PROCEDENCIA

20

B. ANESTESIA

C. CIRUGIA

Dx, FREOPÉRATORIO	Tear de Células Epiteliales Útero	Código CIE
Dx, POST-OPERATORIO	Cese Colutorio Interventivo	
COMPLICACIONES		

TIEMPO CIRUGÍA		VÍA DE ACCESO		TIPO PROCEDIMIENTO	
AMBULATORIO	C	ABDOMINAL	MIEMBROS SUPERIORES	OTRA	DIAGNÓSTICO
HOSPITALARIA	✓	CRANIAL	MIEMBROS INFERIORES		TERAPÉUTICO
URGENCIAS	✓	CUELLO	RECTAL		
		GENITAL	TORÁXICA		

PROCEDIMIENTO (S) QUIRÚRGICO (S)

CÓDIGO	GRUPO	PROCEDIMIENTOS	NOMBRES Y C.C. CIRUJANO	NOMBRE Y C.C. AYUDANTE
14310	13	Arthrodesis de lumbar.		
14141	11	Interto e Ieo	Braido	Fundis
14338	10	Jugular nefrosis t.c.s		
13371	9	Desarrollo de los nodos	193334075	13841446
13744	8	Resecion Tuber		

TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO	BÁSICO	No. CIRUGÍAS
PARCIAL	CIRUGÍA BILATERAL	No. CIRUGÍAS
BIOPSIA	MULTIPLE IGUAL VIA IGUAL ESPECIALISTA	No. CIRUGÍAS
CULTIVO	MÚLTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALISTA	No. CIRUGÍAS
	MÚLTIPLE DIFERENTE O IGUAL VIA DIFERENTE ESPECIALISTA	No. CIRUGÍAS

Jones

Herlinda Burroughs

INSTRUMENTADORA

CIRCULANTE

ultimo via

ENFERMERA

D. DESCRIPCIÓN HALLAZGOS OPERATIVOS

Bsp acero que s. Tolo que ac
 en los pies de Var de Alito que
 de Tolo que independiente que son de
 Tolo y compuesto por
 n. Acoo que de la otra parte de
 Tacos para atender de mico, metido
 otro bulto el resultado es que
 n. Acoo que de Tolo que
 Es Acoo que en el que se

Pettus f -

13/4/78

NOMBRE Y CÉDULA DEL CIUDADANO

NOMBRE Y CÉDULA DEL CIUDADANO

E. RECUPERACIÓN

FECHA DE INGRESO				
DIA	MES	AÑO	Hs.	Mtos.

FECHA DE EGRESO				
DIA	MES	AÑO	Hs.	Mtos.

ALDRETE

HORA

CONCIENCIA

ACTIVIDAD

CIRCULACIÓN

RESPIRACIÓN

COLOR

TOTAL

ACTIVIDAD MOTORA EN A. REGIONAL

HORA

1. Mov. Total

2. Mov. Total

3. Mov. Pies

4. No. Movimiento

NOMBRE Y CÉDULA DEL MÉDICO

#: 3116629446



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MOLINER
CURUTA 3422

- ସ୍ଵିତ୍ସ ରାଜ୍ୟ
ଫିଲ୍ଡ: ୫୨୦୮୨୯୮

SRIA CLÍNICA 62462552

Nombre CLAUDIA JUAN RENTERIA RENTERIA

Q2. 3 वाई फैला
wall Antype.

Dirección

FECHA	HISTORIA CLÍNICA
25 SEPTIEMBRE 2006	Dolor con fiebre de 10 días - V diarrea constipada - Náuseas y vómitos - Cefalea intensa
26 ENERO 2007	Resolución dolor abdominal grande. 2d - VIII OF Fisiología: O Pronóstico: O Prognosis: O Causa: Enfermedad de fondo - Dolor abdominal intenso - Fiebre alta - Diarrea moderada - Vómitos frecuentes - M. digestivo alterado - Aumento de temperatura - T. corporal significativamente alta - Palpación dolorosa - Plan: Recomendaciones: - Cirugía: 6 meses

FECHA	HISTORIA CLÍNICA
20-04-07	<p>Q: 30 - VIII.06 resección tu-cub, Gigantr. evolución sobrehora. pron: 60° sur: 30° MCP/IPS ok no dolor.</p> <p>Pt: con lesiones oleo- cutáneas bien plan: CUB 6 weeks</p> <p style="text-align: right;">mu</p>
23.07.07	<p>paciente Doral 9 mes de evolución. Tanto deporte como. No heridas de 10 cm. Ctos 6 veces.</p> <p style="text-align: right;">bucle s =</p>
21-01-09	<p>cx Mano. Alas tu: cubital Gy: 07: 2006 Artrosis + resección oleo. Afectación tibial. buen doloroso sin dolor. deformidad cortada mano x material artico. pro: 60°; sur: 0° MCP/IPS normal. dolor mano qd, no tibia no paroxísmos. manos qd: no deformidad, móvil. normal. NML(-); phalen (-). plan: Pt para patología mu</p>

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ
PROGRAMA APOYO A LA ATENCION
SECCION PATOLOGIA

6773

Cúcuta, 02 de Septiembre de 2006

Sr. Dr. GONZALEZ Clínica CM
Nombre de paciente CLAUDIA INES RAMIREZ
Historia Clínica 60403652
Pieza Remitida
EDAD: 39 AÑOS

Descripción Macroscópica. Se recibe un segmento distal de hueso, que mide 6 cm. de longitud por 2 cm. de diámetro, uno de sus extremos se observa dilatado, alcanzando un diámetro de hasta 3.8 cm., al corte de consistencia blanda con áreas de aspecto hemorrágico.

SPMR así:

1 a 4. Extremo dilatado. 5. Borde de sección.

Descripción Microscópica. Los cortes muestran de 1 a 4, hueso con una lesión tumoral constituida por células gigantes multinucleadas con prominentes nucleolos en un fondo de células mononucleares con frecuentes mitosis, sin atípias, que infiltran espacios trabeculares y lamelares; con áreas aisladas de hemorragia y necrosis (3%).

Los cortes muestran en 5, hueso, músculo y tejido fibroadiposo, vasos y nervios.

Diagnóstico:

EPIFISIS DISTAL RADIO. RESECCION.

- LESION OSTEOLITICA COMPATIBLE CON TUMOR DE CELULAS GIGANTES DE BAJO POTENCIAL MALIGNO CON AREA NECROSIS Y HEMORRAGIA (3%).

Nota: caso revisado con el Dr. Carlos Parada - Médico Patólogo- Hospital Erasmo MEOZ- Cúcuta.

Visto por: JCCG/CR



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEÓZ
CUCUTA**

HISTORIA CLÍNICA 60403652.

Nombre Claudia Inez Ramirez Remolina

Dirección

Fecha: 02/02/2004

E.S.C. HOSPITAL UNIVERSITARIO ESPAÑOL 8001

Páginas: 1

HOJA DE ADMISSION N°. 0001084920

Paciente: CLAUDIO ENRIQUE RAMIREZ PACHECO IMA N. Historia: 60403652
 Identificación: CC 00000000000000000000 ECUADOR Per. Nacimiento: 04/06/1967
 Esposa: MARIA INSTITUTO MERCANTIL DE VALLES Edad: 39 AA 1 MM
 Plan: CC 00000000000000000000 Destrato: 11.000.000
 Dirección: CALLE 9 # 10 18 Carpeta 10 60403652
 Sexo: FEMENINO Teléfono: 3116329436 N. Casa:
 Barrio: CRAMALOTIC Tipo: VINCULADO Municipio: VILLA BCL
 Autorización: Fecha Atención: URGENCIA Fecha Ingreso: 02/02/2004 10:21:42
 No. Resisión: Fecha Resisión: No. Atención:
 Municipio: IPS:

Finalidad de la Consulta:

- | | |
|---|--|
| [1] Atención del Parto | [2] Atención del Recién Nacido |
| [3] Atención en Planificación Familiar | [4] Detección Alteración: Desarrollo Menor 12 años |
| [5] Detección Alteración Desarrollo Joven | [6] Detección Alteración Cerebral |
| [7] Detección Alteración del Adulto | [8] Detección Alteración de Agudeza Visual |
| [9] Detección Enfermedad Profesional | [10] No Aplica |

Causa Externa

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| [1] Accidente trabajo | [2] Accidente tránsito | [3] Accidente Rabico |
| [4] Accidente Oficina | [5] Otro Tipo Accidente | [6] Evento Catastrófico |
| [7] Lesión Agresión | [8] Lesión Autoinfligida | [9] Suspiciona Maltrato Físico |
| [10] Suspiciona Abuso Sexual | [11] Suspiciona Violencia Sexual | [12] Suspiciona Maltrato Emocional |
| [13] Enfermedad General | [14] Enfermedad Profesional | [15] Otra |

Motivo de la Consulta:

Traumatismo de Recuperación de Post Op Ropionato

Enfermedad Actual:

Cuadro de trauma con un MSO de varios meses de evolución que responde malo a Rx, escasa respuesta ósea.

Antecedentes Personales:

Psicopatología negada. De acuerdo toxicomanos

Fha drogas CA 10 años

Revisión por sistema: no actual

Signos Vitales: [FC] 86 l [RR] 181 ~ [TA] 120/82 [P] 0 perf. l

Estado de Conciencia: conciente

N. Historia: 60403652

HOJA DE ADMISSION N°. 0001084920

Examen Físico: Cabeza normal ójos con rinitis
 Cílios curvos ojos cono hirsuto lumen rectal
 Piel Abdomen blando no rugoso
 Extremidades concremadas de MSF inmovilizadas
 con ferula, estómago distendido constipado, hemorragia rectal, fundamento
 de MSF fuscamente.
 A anal de escoria blanca tipo hemorragia fija
 cionada
 Pte alrgado a Post Op

Diagnósticos

Tipo Diagnóstico

URGENCIA

Principal : Xenoscus de MSF Impresión diagnóstica

Si: []

Relacionado 1: Post Op de escoria

(2) Confirmado nuevo

Relacionado 2:

(3) Confirmado repetido

No: [x]

PLAN

Estancia: [] Observación

X Hospitalización

[] Consulta ambulatoria

Proc. Dx :

Proc. Terap.: Post OpMedicamentos: VOM

Interconsulta:

Nombre Médico:

G. M. (28)
G.M.

12850

Registro:

Firma

Si el paciente fue referido por otra IPS, sírvase calificar la remisión con los siguientes criterios:

A. La remisión es correcta (trae diagnóstico, viejo referido al servicio pertinente, se le prestaron las ayudas diagnósticas). A.....

SI NO

Incorrecta por la siguiente causa: _____

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MELO

EPICRISIS

Paciente: CLAUDIA INES PACHECO REMOLINA

No. Historia: 50403652 ✓

Identificación CC: 50403652

Sexo: FEMENINO

Edad: 29 AA 4 MM

No. Cama:

Ingreso: 0001084920

Serv de Ingreso: URGENCIAS

Serv de Egreso: 9716 CX. EPI

Fecha Ingreso: 26/08/2006 12:25:43 ✓

Fecha Egreso: 30/08/06 - (2)

DEL INGRESO

Motivo de la Solicitud del Servicio:

Fiebre con tos de

Estado General al Ingreso:

Fiebre fija en todos

Enfermedad Actual:

días de más de

Antecedentes:

Fiebre con coryza

Visión por Sistemas:

de los órganos

Hallazgos del Exámen Físico:

Diagnóstico de Ingreso: TUVIENDO DE CULOS FIEBRE C40°C

Conducta: Tener un baño + mimos + tabaco + pastillas

Diagnóstico Relacionado 1:

Diagnóstico Relacionado 2:

Diagnóstico Relacionado 3:

DE LA EVOLUCION.

Otros Diagnósticos o Complicaciones:

Resultado de Procedimientos Diagnósticos:

UTI fértil BNT Tm normal

Justificación de Indicaciones Terapéuticas:

DEL EGRESO

Diagnóstico de Egreso:

TUVIENDO DE CULOS FIEBRE

Condiciones Generales a la Salida del Paciente:

(PAC)

Plan de Manejo Ambulatorio: CULOS IP CO +

MEDICO QUE ELABORO LA EPICRISIS

Nombres y Apellidos Legibles:

CONTRALVARES

Firma: F. CONTRALVARES

Número de Cédula:

13841746 010



FECHA DE CIRUGIA DIA: 22 MES: 0 AÑO: 2006

RIA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

REGIMEN C S V P O

No. CASO
No. HISTORIA

00403652

A. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO		
Ramirez	Demolina	Claverines
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre
Fecha de Nacimiento	EDAD	SEXO
Años 39	Masculino M	CONDICIÓN DE USUARIA
Meses	Femenino F X	EMBARAZADA 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Día Mes Año	Indeterminado I	NO EMBARAZADA
SERVICIO PROCEDENCIA P.C.A.		

B. ANESTESIA

TIEMPO CIRUGÍA		TIPO DE ANESTESIA		
INICIO	TERMIN	GENERAL	EPIDURAL	BLOQUEO
Hs	Mto. Hs. Mto.	RAQUÍDEA		
		LOCAL		
ANESTESIOLOGO C.C. No. 38211454				
COMPLICACIONES SI NO				

C. CIRUGIA

Dx. PREOPÉRATORIO Tumor de cuello grande retro	Código CIE
Dx. POST-OPERATORIO Coagulación difusa	
COMPLICACIONES	

TIEMPO CIRUGÍA		VÍA DE ACCESO		TIPO PROCEDIMIENTO	
AMBULATORIO	C	ABDOMINAL	MIEMBROS SUPERIORES	OTRA	DIAGNÓSTICO
HOSPITALARIA	D	CRANEAL	MIEMBROS INFERIORES		TERAPÉUTICO
URGENCIAS	E	CUELLO	RECTAL		
		GENITAL	TORAXICA		

CÓDIGO	GRUPO	PROCEDIMIENTOS	NOMBRES Y C.C. CIRUJANO	NOMBRE Y C.C. AYUDANTE
14310	12	Arteria dia de tuneliza		
14141	11	Injerto de sedo		
14332	10	Liquido pleural	Bruno	Gontalo
13221	9	Resecto del tumor	193234375	13841946
13221	8	Resecto tumor		

TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO	BÁSICO	No. CIRUGIAS
PATOLOGIA	CIRUGIA BILATERAL	No. CIRUGIAS
BIOPSIA	MULTIPLE IGUAL VIA IGUAL ESPECIALISTA	No. CIRUGIAS
CULTIVO	MÚLTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALISTA	No. CIRUGIAS
	MÚLTIPLE DIFERENTE O IGUAL VIA DIFERENTE ESPECIALISTA	No. CIRUGIAS

Joren

INSTRUMENTADORA

Herlinda Buitrago

CIRCULANTE

valma uva

ENFERMERA

3338887

D. DESCRIPCIÓN HALLAZGOS OPERATIVOS

Bsp anotó que a Radio Telecuc
 en los pines de Mar de Alba se
 a Radio Antel indicó que fue de
 Radio y Congreso probado
 a otros tipos de radio como de
 Tres pines alrededor de muro, vidrios
 otros lados se recaer mediante la
 radio de Radio Antel Antel
 o otros tipos en el muro, vidrio

Lettres f - 1

1284178

NOMBRE Y CÉDULA DEL CIUDADANO

NOMBRE Y CÉDULA DEL CIUDADANO

E. RECUPERACIÓN

FECHA DE INGRESO				
DIA	MES	AÑO	Hs.	Mtos.

FECHA DE EGRESO				
DIA	MES	AÑO	Hs.	Mtos.

ALDRETE

HORA			
CONCIENCIA			
ACTIVIDAD			
CIRCULACIÓN			
RESPIRACIÓN			
COLOR			
TOTAL			

ACTIVIDAD MOTORA EN A. REGIONAL

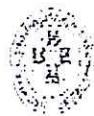
- 1. Mov. Total
- 2. Mov. Total
- 3. Mov. Ples
- 4. No. Movimiento

NOMBRE Y CÉDULA DEL MÉDICO



60403652	
Ramirez Claudio	
1er. APELLIDO	2º
No. DE HISTORIA	
NOMBRE	
Dirección:	

FECHA	EVOLUCION
29/08/06	Pel. en 1 dia. faltas de O2 OBISPA Actitud de miedo. @ inyección @ Oscuridad rosas @ Recuperación de Kunz. Refiere sentirse bien leve dolor en bazo PC 82/m FR 181 concreto, oficina Extremidades concomitantes de MBD Inmovilizadas, con hemorragia fun- cionante, oedema periférico, con limitación entre movimientos Análisis de Edo. Normal 120 hemorragia funcionante. Refiere a post de factores Piel seca.
	Gros 1280
29.8.6.	Qd. quien presenta hipotensión con TA: 80/60 8:20 Pachycardica y diaforetica, se ordena eleva- ción de MIs a 450 y pasar Hartman 1000cc a domicilio.
29.8.6.	Pel. en bazo, constante y agudo desde ayer - Buz. temporal Cognitivo. Confuso ligero TTO



E.S.B. HOSPITAL UNIVERSITARIO BRASIMO MEZOZ
Nit 000000800014918 Teléfono: 5746888
CUCUTA

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Fecha de Realización del Estudio: 26/08/2006

Historia: 60403652

Edad: 39 Años

Nombre: RAMIREZ REMOLINA CLAUDIA INES

Teléfono: 3116629446

Dirección: CALLE 9 # 12-16

Contrato: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER

Estudio: 21101 RX MANO DEDOS PUÑO(MUÑECA) CODIGO PIE TOBILLO CLAVICULA

Tipo de Estudio: Patológico

RESULTADO

RX PUÑO

CAMBIOS POSTQUIRURGICOS DE RESECCION DE TUMOR DEL EXTREMO DISTAL DEL RADIO, CON COLOCACION DE INJERTO OSEO Y FIJACION MEDIANTE PLACA Y TORNILLOS, CON BUEN ALINEAMIENTO OSEO

Doctor(a): _____

Licenciado(a) HOSPITAL ERASMO MEZOZ Nit 000000800014918

PARADA DUARTE OSCAR

88217494



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZOZ
Nit 000000800014918 Teléfono: 5746888
CUCUTA

IMAGENES DIAGNÓSTICAS

Fecha de Realización del Estudio: 05/08/2006

Historia: 60403652 Edad: 39 Años
Nombre: RAMIREZ REMOLINA CLAUDIA INES
telefono: 3116629446 Dirección: CALLE 9 # 12-16
Contrato: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER
Estudio: 21101 RX MANO DEDOS PUÑO(MUÑECA) CODO PIE TIBILLO CLAVICULA
Tipo de Estudio: Patológico

RESULTADO

LESION RADIOLUCIDA EXPANSIVA EN EL EXTREMO DISTAL DEL RADIO,
COMPATIBLE CON UN TUMOR DE CELULAS GIGANTES
NO SE OBSERVAN FRACTURAS
RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS

Doctor(a): _____

Asociado a (HOSPITAL ERASMO MEZOZ) Nit (800.000.4.119)

PARADA DUARTE OSCAR

88217494



NOTAS DE ENFERMERIA

Romíez

No. de Identificación

claudio

1er. Apellido

CG

2do. Apellido

932

Nombres

Servicio

Sala o Cuarto

Cama

HORA		FIRMA ENFERMERA
1.	Se admisitó RTD	
4	Bono porciel en coma oíro aboraliste; D e p (-) Dreno 50cc. M 30 y 100cc flaco rigido Pso tronquillo la noche.	Dmpm P
7	En fijo paciente en coma	Dmpm
7:00	Recibió fr. tópico 100g. 06 L.S. juncos 0.05	
7:30	V - Y 90 gr	
8:00	Pase mud recto 1 fibra	
10:00	Volvió a la cama	
	Si -	
	No se desfoga heridas	
11:30	Recibió pectil y tolco rigido de - muerto	
1:30	Vital + fibra per equate S. C. 90 gr - Repaus	
	Recibió y ley diaria	
	rigido de - muerto	
2:00	Volvió a D. G. con las de apilar	
3:00	Se pasó hidroxi a facturación	

Escribir el Nombre del paciente en Letra Impresa. Anotar siempre condiciones del paciente: Estado Físico y Emocional, Dolor, Escalofrío, Sudor, Vómito, Evacuaciones de las heridas, Baños, Llamadas a los médicos, Hora y Dosis de las Drogas administradas, Transfusiones de Sangre, etc.



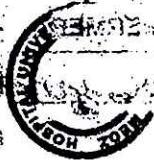
E.S.E.
HOSPITAL UNIVERSITARIO
ERASMO MEOZ

NOTAS DE ENFERMERIA

		604036
		No. de Historia Clínica
Nombre	David	
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres
CIPISO		Q32
Servicio	Sala o Cuarto	Cama

HORA	NOTAS	FIRMA ENFERMERA
10:00	Se comepla a despedida. Se vino spontaneo	17/08/06 F.G.
11:00	Ingiere cebolla deseada	
14:00	Se observa pt de turbidez	
2pm	reese visita de enfermeros Se observa pt de turbidez	17/08/06 Pogal.
3pm	Se admister barbituricos Se observa pt de turbidez	
5:30	ingiere cebolla durante	
6:00	Se observa pt de turbidez pt. Valverde x el Dr Iac nento que tratamente Queda pt en la crema	
7pm	Turbo paciente consciente pero con con los ojos cerrados en reposo. + manzana en boca seco. + blanco 12 gramos con leche.	
	Noche	
7	Reubo paciente en la ondolad despertar fuerte con pap ole muneca ole m-s-d con hemorragia abrenaje + verolaje con felpa ole geso con hielo ox en florico Driporta	
12q	vientre con hemorragia abrenaje con venoclisis visto todo pronostico S.S.N.	
9	s/n TTO a hora	
11	paciente fuerte	

Escribir el Nombre del paciente en Letra Imprenta. Anotar siempre condiciones del paciente: Estado Físico y Emocional, Dolor, Escalofrío, Sudor, Vómito, Evacuaciones de las heridas, Baños, Llamadas a los médicos, Hora y Dosis de las Drogas administradas. Transfusiones de Sangre, etc.



60403652

No. DE HISTORIA

Rumíes

Claudia Ines.

Ter. APPELLIDO

2°

NOMBRE

SERVICIO

SALA O CUARTO

CAMA

NOTAS DE ENFERMERIA

HORA	NOTAS DE ENFERMERIA	FIRMA ENFERMERA
4:35	Continua agosto 28/06	
4:40	Se suelta torniquete.	
4:45	T. A 102/50 P=58x1 SP02 100%.	
5:10	T. A 89/49 P=56x1 SP02 94%.	
5:20	T. A 90/53 P=56x1 SP02 99%.	
5:30	SE termino SDCC de lactato ringer y se empleo una bolsa lactato ringer. termina intervención Ox. Se aspiran secretiones, extubación. Se traslado UCPA bajo efectos anestesia General con líquido endovenoso lactato ringer HSD. Férula de yeso + hemovat. H.Ox crestas ilíaca Izquierda cubierta con apósito + hemovat. 2 placas rayas X. Pieza patológica rotulada.	
5:50	Ingresó PR a SEPA desprendida concreta, orientada con L.E.V. en MSJ pasando el halmán, con férula de yeso en MSJ cubierta, con vendaje elástico + hemovac, con pieza patológica rotulada TA Pz	Rachel E.A.
7 P.M.	A media paciente despierta con dolor generalizado, L.E.V. S. Hartman el MSJ. I. M.S.J. con férula de yeso y hemovac. le quedan placas de Rx. pendiente historia clínica TA 134/77 P 96 X	Johanna S.
		Gladys Sosa P. Asist. Eny.

ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRINTA. ANOTAR SIEMPRE CONDICIONES DEL PACIENTE; ESTADO FÍSICO Y EMOCIONAL, DOLOR, ESCALOFRÍO, SUDOR, VÓMITO, EVACUACIONES DE LAS HERIDAS, BAÑOS, LLAMADAS A LOS MÉDICOS, HORA Y DOSIS DE LAS DROGAS ADMINISTRADAS, TRANSFUSIONES DE SANGRE, ETC.

HORA		FIRMA ENFERMERA
	tambien se queda hemorragia en abdomen lento y quejoso. Gladys Sosa P. ptx Enf.	
7pm	Punto pds hcpa con yeso abdo con lata de + dilatada y los cibales con placa de oxy 2. 7/14/74 Pulso 76p Spm 60p	
9pm	Se coloca pds al 9 piso consulto el hermano J. V. que le pide sin grande dificultad de pathologia 7/21/80 pds 68p. Sacrey No hicieron Formuleo, pone ro baya de dx	Sacrey
10:	TENUEZA P.dz procedente de CX CONCRETE ALGUNA CON P.SO 5500g/1 VENOSA CON 1KmVAT NSD Y Hemorragia flaco MII TMC Rx OC control Jfd V percutio SE ADMINISTRAN 1000MG MP	
12	SE Trafoma a la mesa de clinos Y sacar su funda se le da Ovete Trucha sin osado	
3	SE ADMINISTRAN 1000MG MP	
4	BATO Purul Y amarillo crudo	
6	El rno d Hemorragia Flores 200 Bbbs 20 Y EL RONALD	
7	Ovete RH es unido	
	Asoc 7/29/1006	
	Tan preciso procedente con la herida Sangre coagula con yeso Con Hebe en bocas cesante Con Aposito + hermetico Injx de osoe Y infusión de levadura	Rosalia
800	Se saca sangre y herida	
9a)	Se saca sangre y herida	
10:30	Se cura herida	



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ
CUCUTA

		66403652
Ramrez		No. DE HISTORIA
1er. APELLIDO	2º	Claudia T. 1105
SERVICIO	SALA O CUARTO	CAMA

NOTAS DE ENFERMERIA

HORA	DETALLE	FIRMA ENFERMERA
28 AGOSTO 106		
1:15	Ingresó pte a sala #8, conciente orientado, colaboradora. con 16V MSI lactotóringer, fultonos x posar musoteros 450cc. en MSO con ferula de yeso abierto con vendaje elástico + 2 placas. se monitorizó TA 144/71 P. Cx' 57; 100%.	
1:35	Se inicio examen general pte Fuentes	
2:00	se realiza lavado ginecico. se termina una bolsa de lactotóringer. y se empieza otra bolsa misma solución	
2:10	Se aplicó cefaclor 1gr IV. se inicio intervención dix. doctor. Arango Paquel — Doctor González Distrumentador Joven.	
2:20	Síntesis vitales T.A. 95/46 mm P=57x50,1W%.	
2:50	TA 92/57 P= 84x SPO2 99%.	
3:50	Se instala torniquete glúteo.	
2:55	Se terminan 300cc lactotóringer continua 300cc de la misma solución.	
3:10	TA 112/73 P= 60x SPO2 100%	
3:20	T.A 123/74 P= 61x SPO2 100%	
3:50	Se informa una hora de torniquete	
3:50	Se administra clíprona IV	
3:55	T.A 116/74 P=59x SPO2 100%	
4:10	T.A 117/72 P=58x SPO2 100%.	Paquel
4:20	Se informa una hora/medio torniquete	
4:25	T.A 115/76 P=59x SPO2 100%.	

IMP. ARTE GRAFICO J. RAMIREZ TEL: 5747393 CUCUTA

ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRENTA, ANOTAR SIEMPRE CONDICIONES DEL PACIENTE, ESTADO FÍSICO Y EMOCIONAL, DOLOR, ESCALOFRÍO, SUDOR, VÓMITO, EVACUACIONES DE LAS HERIDAS, BAÑOS, LLAMADAS A LOS MÉDICOS, HORA Y DOSIS DE LAS DROGAS ADMINISTRADAS, TRANSFUSIONES DE SANGRE, ETC.



**PROGRAMA CIRUGIA
AMBULATORIA "PCA"**

Cirugia: Resección de tejidos
Cirujano: Dr. González
Anestesiólogo:
Tipo de Anestesia:

GUIA CHEQUEO EN ADMISION

- Hoja Admisión Anexos Fotocopia
 Original de pago entregada al acompañante
 Autorización ARS si es C X POS NO
 Resp. Identificado Normas ayuno
 Verifica Medicación autorizada (HTA)
 Estudios RX Higiene personal
 Retiro lentes cont. NO Sin joyas-obj. valor
 Retiro prótesis dental-entrega acompañante
 Identificación HCL Elab. Marquilla
 Verificar preparación del área QCA - marque
 Preparar pcts. con gorro y bata
 Marcar - guardar ropa en casillero
 Solicitar al paciente que orine
 V / Antecedentes episodios vasovagales
 Antecedentes alérgico a medicamentos NO
 Canalice línea Venosa o aplique medicamentos según guía de especialidad
 Traslado pcte. a quirófano por camillero

ANOTACIONES ESPECIALES

Firma Alejo Jules

EN ANESTESIA REGIONAL

HORA			
1. Mov. Total			
2. Mov. Rodillas			
3. Mov. Pies			
4. No Movimiento			
Firma			

ESCALA DE ALDRETE	PCA
Hora	
Nivel de conciencia	
Actividad física	
Est. hemodinámica	
Respiración	
Saturación Oxígeno	
Dolor	
Vómito	
TOTAL	
Firma:	

UNIDAD DE CUIDADO POSTANESTÉSICO

Nombre: Claudia Ramírez Remolina No. HC: 60403652
 Fecha: 28-8-06 HORA INGRESO: 1 pm

SIGNOS VITALES

HORA	T.A.	P	F.R.	S O ₂	T°	FIRMA
1 pm	134/83	84x'				
1:15	144/71	72x'		100%		
2:20	97/116	57x'		100%		
2:35	95/146	57x'		100%		
2:45	93/152	55x'		100%		
3:00	101/65	56x'		100%		
3:15	119/78	61x'		100%		
3:30	113/64	61x'		94%		

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

HORA	DROGA	DOSIS	VIA	FIRMA
2:10	Cefadroxilo	1/4 gr	IV	Rogel
3:30	Dipirona	25 gr	IV	Rogel

LIQUIDOS ADMINISTRADOS

HORA	TIPO/CLASE	ADMON.	ELIM.	VIA	FIRMA
2:00	Lactotorniquete	500 cc		IV	Rogel
2:55	Lactotorniquete	500 cc		IV	Rogel
3:20	Lactotorniquete	500 cc		IV	
9:00	l. t. m. l.	500 cc			
TOTAL					

CRITERIOS DE SALIDA

- Signos vitales estables
 Deglución, tos, reflejo nauseoso
 Náusea, vómito y mareo mínimo
 Diuresis
 Apóstitos revisados
 Deambulación
 Ausencia dificultad respiratoria
 Alerta y orientado
 Aldrete 10
 Adulto responsable presente para
 acompañar al paciente a casa.
 Hoja de instrucciones de salida
 dada al paciente y acompañante
 ANOTACIONES ESPECIALES _____

FIRMA _____



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ
CUCUTA

60218652
No. DE HISTORIA
Dona Ruth Ollie
1er. APELLIDO 2do. APELLIDO NOMBRE
Dirección:

FECHA	EVOLUCION
27/07/06	Otopenet Pleca abr mto dlo Rx Dna Ollie Btsl Padro Revisa cja d Mabs
	<i>Dra. Ruth Ollie Batsel Padro Traumatologo Ortopedista F. 1981</i>
	14 AGOSTO 06
	Paciente abr en hombro, muco neuma d v res de hombro dolor, disminuc d movil De veras tom d cuello, fractura de 113 d hombro izquierdo Pac- Recien en bcfif y alrededor de unos cm trasp

Sujeto f +
OCES

Paciente: CLAUDIA INÉS RAMIREZ REMOLINA No. Historia: 60400652
 Identificación: CC 020077060403652 CUCUTA Feo Nacimiento: 04/08/1987
 Empresa: VINCULADO INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD Edad: 09 AA 0 MM
 Plan: 02 VINCULADO Estrato: NIVEL 2
 Dirección: CALLE 8 # 62-18 Carpeta: 00403652
 Sexo: FEMENINO Teléfono: 3118628448 - 0 No. Camiz:
 Barrio: GRAMALOTE Tipo: VINCULADO Municipio: VILLA DEL
 Autorización: Fecha Atención: URGENCIAS Fecha Ingreso: 05/08/2008 13:24:52
 No. Remisión: Fecha Remisión: No.Afilación:
 Municipio: IPS:

Finalidad de la Consulta

- Atención del parto
- Atención en Planificación Familiar
- Detección Alteración Desarrollo Joven
- Detección Alteración del Adulto
- Detección Enfermedad Profesional
- Atención del Recién Nacido
- Detección Alteración Crecimiento y Desarrollo Menor 10 años
- Detección Alteración Embarazo
- Detección Alteración de Agudeza Visual
- No Aplica

Causa Externa

- Accidente Trabajo
- Accidente Circulación
- Lesión Agresión
- Sospecha de Abuso Sexual
- Enfermedad General
- Accidente Tránsito
- Otra Tipo Accidente
- Lesión Autoinfligida
- Sospecha Violencia Sexual
- Enfermedad Profesional
- Accidente Público
- Accidente Catastrófico
- Sospecha Maltrato Físico
- Sospecha Maltrato Emocional
- Otra

Motivo de la Consulta: "M e. con"

Enfermedad Actual: pte con cc de 1 30 mm manifestado por caídas por los escalones con apoyo en la mano derecha con posterior dolor y con dificultad para su movilización del pie izquierdo.

Antecedentes Personales: pte: +30 años Farmacoalergia: Neg. DI: 1000,
 Tener x 2000 jardinería.

Toxicos: neg. Alergicos: neg. Hsp: neg
 GL: 67 P6 A1 V6

Revisión por sistema:

Necrosis sinfisis ilíaca

Signos Vitales: PFI 30' PR 70' RR 130/80 m Afexial

Estado de Conciencia:

Viviente, conciente, dura

No. Historia: 60403652

HOJA DE ADMISSION No. 0001074173

Examen Físico: Alucosan en el tronco, con gastritis y distensión. Ks Cx Rcs Sin Sufcpe, pulmones bien ventilados sin secreciones.

Abdomen: blando susceptible no doloroso extremadamente. Se observa distensión en forma de globo de antebrazo en el abdomen, con dolor y disminución en la movilidad neurológica, sin déficit aparente.

Diagnósticos

Principal:

Trauma Pto. Derecho

Tipo Diagnóstico

URGENCIA

Sí: []

Relacionado 1:

Tumor óseo en 1/3

(1) Impresión diagnóstica

Relacionado 2:

Artro. Radio Izquierdo

(2) Confirmado nuevo

No: []

Confirmado repetido

PLAN

Estancia: Observación Hospitalización Consulta ambulatoria

Proc. Dx:

Re. ille Pto. Derecho

Proc. Terap.:

Immobilización del pto. derecho

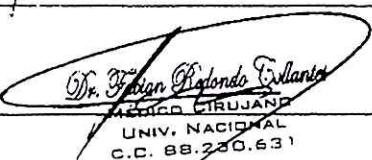
Medicamentos:

G. cistena: 1M. abd

Interconsulta:

Ortopedico

Nombre Médico:



Dr. Fabio Roldán Vélez
MÉDICO CIRUJANO
UNIV. NACIONAL
C.C. 88.220.631

C.C:

Registro:

Firma:

Si el paciente fué referido por otra IFS, Siérvase calificar la remisión con los siguientes criterios.

A. La remisión es correcta (tres diagnósticos, viene refrendo al servicio

de manera, se le prestaron las ayudas diagnósticas). SI NO

Incorrecta por la siguiente causa:

No. Historia: 001003652

HOJA DE ADMISSION No. 0001074173



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZOZ
CUCUTA**

<i>Ramirez Escudero</i>		No. DE HISTORIA
1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRE
Dirección: _____		

FECHA	EVOLUCION
3/06	Artritis
	Me presento con fatiga de Músc. derecha pierna
	q.d. Edema dolor, Músc. derecha Dolor, hay fricción. No observar zona osteóclastica abombamiento contralateral
	Dol. Tensión abdominal, Garganta. vader denunciado
	Plan - prisa suave - evitad caminata exalt
	Oncop
	32.1.78/22

Hi



Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Login: RDU6040698854874 Usuario: YENI YUSMARY ESTEBAN ESPINOSA
Entidad: 548740000000 SECRETARIA MUNICIPAL DE VILLA DEL ROSARIO

- Consultar Registros
- Monitoreo
- Consultar Histórico
- Reportes
- Cambiar Contraseña
- Salir

REGISTRO GUARDADO EXITOSAMENTE	
Tipo de Documento:	Cédula Ciudadanía
Número de Documento:	60403652
Primer Apellido:	RAMIREZ
Segundo Apellido:	REMOLINA
Primer Nombre:	CLAUDIA
Segundo Nombre:	INES

Atención al usuario: Teléfono en Bogotá D.C. 5893750, en el resto del país 018000 960020
 Horario de lunes a viernes 7am a 6pm, sábados de 8am a 1pm - Jornada continua
 Correo electrónico discapacidad@minsalud.gov.co Centro de Contacto al Ciudadano
 Ministerio de Salud y Protección Social

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	60403652
NOMBRES	CLAUDIA INES
APELLIDOS	RAMIREZ REMOLINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO	VILLA DEL ROSARIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/16/2024 18:17:01 | Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)

Registro válido

Fecha de consulta:

16/07/2024

Ficha:

54874047554000001472

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CLAUDIA INES

Apellidos: RAMIREZ REMOLINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60403652

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/08/2023

Última actualización ciudadano: 05/08/2023

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



Aqualia Villa del Rosario SAS ESP
NIT.901.368.043-5

Calle 23 N.12-20 Barrio Gran Colombia -
Villa del Rosario (N. de S.)
PBX: 5705436 Técnica

Calle 4 N.6-37 Barrio Centro
Villa del Rosario (N. de S.)
Tel. 5704123 Comercial

Email: atencionusuariovr.co@aqualia.com



Municipio VILLA DEL ROSARIO
Nombre SANTOS CRUZ ROSA JULIA
Dirección CL 3 9-47(1)
Uso/Estrato RESIDENCIAL ESTRATO 1
Ciclo CICLO 1
Periodo 13/02/2024 - 12/03/2024
Días 30
Ruta 58 - Sec : 0000510000000

ACUEDUCTO

No del Medidor 03557

		Historico de Consumo	
Lectura Actual	3861		
Lectura Anterior	3849		
Consumo	12		
Real/Estimado	R		
Promedio Usuario	15		
Promedio Estrato	11		
Tasa de Uso	0.00		
Porcentaje (Sub/Apo)	-20.00 %		

MATRICULA	3100015335
Número Factura	01324699-1
TOTAL A PAGAR	\$264,420.00
Fecha Límite de Pago	**INMEDIATO**
Fecha de Suspensión	**INMEDIATA**
Facturas Vencidas	8
Fecha Factura	19/03/2024
Fecha Último pago	03-01-2024 - \$170,000.00

ALCANTARILLADO

Vertimiento 12
Promedio Usuario 15
Promedio Estrato 11
Tasa Retributiva 0.00
Porcentaje (Sub/Apo) -20.00 %

M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor	
Cargo Fijo	8,757.05	8,757.05	-1,751.41	7,005.64	
Consumo Básico	12	2,295.57	27,546.84	-5,509.32	22,037.52
Consumo Complem.	0		0.00	0.00	0.00
Consumo Suntuoso	0		0.00	0.00	0.00
Recargos Acueducto				514.01	

Subtotal Acueducto \$29,557.17

OTROS COBROS

Nombre Concepto
Ajuste Decena

Valor Nombre Concepto Valor

2.17

Subtotal Otros Cobros \$2.17

TOTAL MES \$43,279.55

DEUDA

N Convenio	Cuota	Detalle Financiaciones			Saldo	Valor Facturas Vencidas	\$222,150.00
		Vr Cuota	Vr Capital	Vr Intereses		Valor Retroactivo por Variación Tarifaria	0.00
						Valor Cuota DIFERIDO COVID-19	0.00
						Valor Cuota Otras Financiaciones	0.00
						(-) Devolución Acueducto INIC	\$596.68
						(-) Devolución Alcantarillado INIC	\$412.87
						(-) Saldo a Favor	\$0.00
						Reliquidaciones y Financiaciones	\$0.00
						Valores En Reclamación	\$0.00

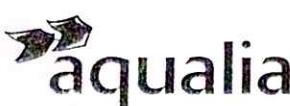
El no pago oportuno de la factura dará lugar a la suspensión del servicio a partir de la fecha de vencimiento establecida, sin perjuicio de la decisión de suspender el servicio por mora, proceder el recorrido de reposición ante la empresa, con subsidio, en caso de apelación ante la SSPD dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta factura.

Esta Factura presta mérito ejecutivo conforme a las reglas del Derecho Civil y Comercial (Artículo 130 Ley 142/94) y a las condiciones del Contrato de Condiciones Uniformes

REPRESENTANTE LEGAL

TOTAL A PAGAR \$ 264,420.00
Total Cartera Adeudada \$265,429.55

Número Factura 01324699-1 Matrícula 3100015335



Municipio VILLA DEL ROSARIO
Nombre SANTOS CRUZ ROSA JULIA
Dirección CL 3 9-47(1)
Período 13/02/2024 - 12/03/2024

Calle 23 N.12-20 Barrio Gran Colombia -
Villa del Rosario (N. de S.)
PBX: 5705416 Técnica

Calle 4 N.6-37 Barrio Centro
Villa del Rosario (N. de S.)
Tel. 5704123 Comercial

Email: atencionusuariovr.co@aqualia.com



(415)7709998385450(8020)0013246991(3900)0000264420(96)20240430

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **88.186.290**

SANTOS

APELLIDOS

FRANCISCO ANTONIO

NOMBRES

Francisco Antonio Santos

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1964**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

A+

M

ESTATURA

G.S. RH

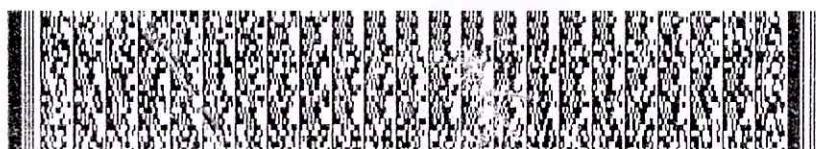
SEXO

02-AGO-1988 VILLA DEL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2510000-01143371-M-0088186290-20200630

0071067702A 2

9912409804

Acompañante
Correo Electrónico: ramirezremolinaq@gmail.com



**AUTORIZACION PARA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD EN
PERSONAS RESIDENTES EN NORTE DE SANTANDER, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS
DE LA RESOLUCION DEL M.S.P.S. No 1197 DE 2024**

DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	23 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	23 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	CLAUDIA INES RAMIREZ REMOLINA
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	60.403.652 de Villa del Rosario
Edad	57 años
Género	Femenino
Dirección	Calle 3 #9-47 Barrio Bellavista
Teléfono fijo	3025943571
No. de Celular (2 números si es posible)	3184597333
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	ramirezremolinaq@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (X) No Aplica: ()
Nombre Completo del Representante	FRANCISCO ANTONIO SANTOS
Parentesco de la PCD	Esposo
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	88.186.290 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3184597333

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	599526
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	M868 – T921
Fuente de Recursos de la autorización	<input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023 <input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios <input type="checkbox"/> Empresa Privada <input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional <input type="checkbox"/> Sistema General de Regalías
Carta de manifestación del pago directo a la IPS del procedimiento de la valoración por parte de la Empresa Privada y datos de contacto del solicitante que presentó a la personas. Cuando aplique.	Si _____ No Aplica _____ Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584
Datos de contacto para la asignación de la cita de valoración por equipo multidisciplinario en la IPS (dirección, teléfono, municipio, correo electrónico)	IPS Progresando en Salud, Ubicada en el municipio de Cúcuta, Dirección: Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita Teléfono: 3188631534 Para Citas Email: aux.gestion.ipspresando@gmail.com
INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES	
Indicar si la persona requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea institucional o domiciliaria, de acuerdo con lo establecido por el médico tratante.	Consulta Institucional: <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Telemedicina: _____ Justificación si requiere consulta domiciliaria: _____
Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación: a) Movilidad, b) Comunicación y acceso a la comunicación y c) Persona de apoyo.	Si Aplica: _____ No Aplica: _____ Movilidad: _____ Comunicación: _____ Persona de apoyo: <input checked="" type="checkbox"/> Otro: _____

DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN

Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor Esther Flórez Ramos
Cedula del funcionario	C.C. No.60.412.223 de Villa del Rosario
Cargo del funcionario que emite la autorización	Técnico Administrativo Secretaría de Salud
Firma del funcionario que emite la autorización	