

20 86
\$

525003

HOSPITAL NIVEL I EL BORDO - 091500736-0

Cra. 4ª Calle 3

1953200012 HOSPITAL N 1 EL BORDO E.S.E.

FACTURA A LA EMPRESA I

FACTURA DE VENTA DE SERVICIOS No. 1953200012

- 525003

FECHA/HORA: 03/04/2004

08:33:06 a

EMPRESA: ESS062 ASMET SALUD ARS

CARNET: 19040962

SUBSIDIADO

HISTORIA Nro. 10690100

VALDEZ

CASTILLO

LOVERNEY

CC

10690100

FECHA NAC. 19/04/1956

EDAD: 47

SEXO: M

NIVEL: 1

CONTRATO: CALI_001

FOLIO #: 10690100

Código	Descripción	Vr. Tarifa	Cant.	VR. Item	Vr. EPS/ARS	Vr. Paciente
39141	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA	\$ 14.300,00	1	\$ 14.300,00	\$ 14.300,00	\$ 0,00
Effectivo	\$ 0,00	Paga con	\$ 0,00	\$ 14.300,00	\$ 14.300,00	\$ 0,00
Credito	\$ 0,00	Cambio	\$ 0,00			
Descuento	\$ 0,00	Vr. Ajuste	\$ 0,00			
Bono	\$ 0,00	Autorización				

Firma Paciente:

Impreso por

HOSPITAL NIVEL I EL BORDO - 091500736-0

Asimila letra de cambio Art. 774 CC. - Factura hecha 100% en Computador

Firma Cliente:

JORGE ALBERTO PEÑA GALINDEZ

QUATROCE MIL TRESCIENTOS pesos con CERO centavos más IVA



HOSPITAL NIVEL I EL BORDO - 891500736-0

Cra. 4ª Calle 3

al 87
454926
Se

1953200012 HOSPITAL N I EL BORDO E.S.F.

FACTURA A LA EMPRESA

FACTURA DE VENTA DE SERVICIOS No. 1953200012

- 454926

FECHA/HORA: 18/10/2003

08:39:54 a

EMPRESA: ESS082 ASMET SALUD

CARNET: 19040982

SUBSIDIADO

HISTORIA Nro. 10690100

VALDEZ

CASTILLO

LOVERNEY

CC

10690100

FECHA NAC. 19/04/1956

EDAD: 47

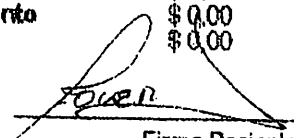
SEXO: M


NIVEL: 1

CONTRATO:CAU_001

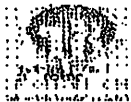
FOLIO #:10690100

Código	Descripción	Vr. Tarifa	Cent.	VR. Item	Vr. EPS/ARS	Vr. Paciente
38141	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA	\$ 13.300,00	1	\$ 13.300,00	\$ 13.300,00	\$ 0,00
Efectivo	\$ 0,00	Paga con	\$ 0,00	\$ 13.300,00	\$ 13.300,00	\$ 0,00
Crédito	\$ 0,00	Cambio	\$ 0,00			
Desuento	\$ 0,00	Vr. Ajuste	\$ 0,00			
Bono	\$ 0,00	Autorización				


Firma Paciente:


Firma Cajero
LIDA MERCEDES MONDRAGON DULCE

Impreso por HOSPITAL NIVEL I EL BORDO - 891500736-0
Asímba letra de cambio Art. 774 CC. - Factura hecha 100% en Computador



HOSPITAL NIVEL I EL BORDO - 091500736-L

Cra. 4ª Calle 3

42 28
442769
78

1953200012 HOSPITAL N I EL BORDO E.S.E.

FACTURA A LA EMPRESA I

FACTURA DE VENTA DE SERVICIOS No. 1953200012

- 442769

FECHA/HORA: 20/09/2003

12:24:16 a

EMPRESA: ESS062 ASMET SALUD ARS

CARNET: 19040982

SUBSIDIADO

HISTORIA Nro. 10690100

VALDEZ

CASTILLO

LOVERNEY

CC

10690100

FECHA NAC. 25/04/1956

EDAD: 47

SEXO: M

NIVEL: 1

CONTRATO:CAU_001

FOLIO #:37765

Código	Descripción	Vr. Tarifa	Cant.	VR. Item	Vr. EPS/ARS	Vr. Paciente
39141	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA	\$ 13.300,00	1	\$ 13.300,00	\$ 13.300,00	\$ 0,00
Electivo	\$ 0,00	Paga con	\$ 0,00	\$ 13.300,00	\$ 13.300,00	\$ 0,00
Crédito	\$ 0,00	Cambio	\$ 0,00			
Descuento	\$ 0,00	Vr. Ajuste	\$ 0,00			
Bono	\$ 0,00	Autorización				

Firma Paciente:

Impreso por HOSPITAL NIVEL I EL BORDO - 091500736-0

Asigna letra de cambio Art. 774 CC. - Factura hecha 100% en Computador

Firma Cajero
LIDA MERCEDES MONDRAGON DULCE

03

40
41

Recd: 7/05

1900

Techn: 20/20



HOSPITAL NIVEL I EL BORDO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

REGISTROS MEDICOS
SIS - 407A

ATENCION ODONTOLOGICA PROGRAMADA

A- IDENTIFICACION

Valdez			Castillo			Lovernay			Nº. HISTORIA CLINICA		
1er Apellido			2o Apellido (o de casada)			Nombres			37765		
FECHA: 7 05 06			GRUPO DE POBLACION								
DIA MES AÑO			5 a 14 AÑOS <input type="checkbox"/>			EMBARAZADAS <input type="checkbox"/>			47A OTROS <input checked="" type="checkbox"/>		

B- ANAMNESIS

DATOS BASICOS SOBRE :				SI	NO	NO SABE	SI	NO	NO SABE	
1 - Tratamiento Médico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				11 - Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Ingestión de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				12 - Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Reacciones Alérgicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				13 - Otras Enfermedades (Cuáles)			
4 - Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				14 - Hábito de Higiene Oral			
5 - Irradiaciones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				- Cepillado	No <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	(Cuántas Veces)
6 - Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				- Seda Dental	NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
7 - Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				15 - Otros			
8 - Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
9 - Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
10 - Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

OBSERVACIONES: Pte reporta haber presentado problemas mentales.

C. EXAMEN FISICO ESTOMATOLOGICO

TEMPERATURA		PULSO		TENSION ARTERIAL		RESPIRACION		
	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL
1 - Articulación Témporo - Mandibular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Senos Maxilares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 - Labios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Músculos Masticadores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 - Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Sistema:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4 - Paladar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nervioso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 - Piso de la Boca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Vascular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6 - Carrillos*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Linfático Regional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7 - Glándulas Salivales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Función de Oclusión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8 - Maxilares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

OBSERVACIONES:

* Si no se encuentra inscrita en el Programa Materno Infantil, remitirla al médico.

EXAMEN DENTAL: 1- Supernumerarios 2- Abrasión 3- Manchas 4- Patología Popular	SI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 - Placa Blanda 6 - Placa Calcificada 7 - Otros (Cuál) _____	SI <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES: _____					

EVALUACION DE ESTADO PERIODONTAL: <table border="1" style="width: 100px; height: 30px; margin: 5px 0;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							OBSERVACIONES: <i>Periodontitis leve</i> _____ _____

ODONTOGRAMA

CONVENCIONES
 SUP. CARIADA O
 RECIDIVA

SUPERF. OBTURADA

DIENTE CON
 EXTRACCION INDICADA

DIENTE
 EXTRAIDO

DIENTE SIN
 ERUPCIONAR

										CRIES				OBTURADOS			
										SI	NO			SI	NO		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
DERECHO										IZQUIERDO							
VESTIBULAR										LINGUALES							
VESTIBULAR										LINGUALES							

OTRAS OBSERVACIONES: *Tiene vesículas en las pías y en las*

D - DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO PRESUNTIVO _____ _____ _____ PRONOSTICO: _____	DEFINITIVO <i>Periodontitis leve</i> _____ _____
--	--

E - PLAN DE TRATAMIENTO OPERATORIA <input type="checkbox"/> PERIODONCIA <input checked="" type="checkbox"/>	ORTODONCIA <input type="checkbox"/> MEDICINA ORAL <input type="checkbox"/>	CIRUGIA ORAL <input type="checkbox"/> ENDODONCIA <input type="checkbox"/>	PROTESIS <input type="checkbox"/>
--	---	--	-----------------------------------

FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL: _____

46

11/20/60

X-16/03

Traceros en prepucio: intermedios
Ha mejorado con ampicilina
EF: Lesiones puntiformes en glanule
y surcos Balano-prepucial

I. Dpx: Dermatitis viral

Ch: Acido glucidico foratolico

Ch 9/13/61

IV-03/04

pl: Injerto normal
En: Puntos en pared de logia de injerto a
Omn de 10 unidades de pared. 11/2. con unido
hno 1 con, lo que d. andas dobles
junta en la inyeccion no parece vida con
ultra

EF. SV. FL. TR. Fr. 25 Fr. 36 Tr. 11/10/60

Conjuncion de

Ala no

OH no

Tr. 11/10/60

Ob-Doxado. Cap. para #23

- Ciprofloxacin 250 5.0 #23) Heterociclo tot. 5

- Fluorona 2572

Ch 9/13/61

IV-30/04

Hu. Bnko de tratamiento por 11/10/60
Enevaler rejea que la inyeccion en la inyeccion
con punt. alq. el Bnko para de men
intermed, el dol. ha disminuido

EF SV. FL. TR. Tr. 24 Fr. 36 Tr. 100/60

Examen por pl

Tr. 11/10/60

Ch. Bnko de tratamiento tot. 100 #60

Ch 9/13/61

CONTINUACION HISTORIA CLINICA

Hoja N°



HOSPITAL NIVEL I EL BORDO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HISTORIA CLINICA

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
LOVERNEY	-	UNDES.	

FECHA: DIA: 8 MES: 7 AÑO: 03 HORA:

HC: "hs. fiebre"

Refiere desde hace 2 dias molestia general acompañada de fiebre que no cuantificada el cual ha tomado el paracetamol modificado por un farmacéutico

EF.T/A: HD 180 mmHg IC: 80% FR: 18 / T: 37.5°C

Mucosas Húmedas, Conjuntivas Rosadas op: cu

Cl: cu.

Abd: cu.

Gl: cu.

Ext: cu.

SN: cu.

DX: ① Sx febril.

plan: ① Recomendaciones generales

② (Acpro) Acipron 1cb 1cb C1 8hs uu

③ Imposx 1cb 160 / 800mg tomar 1 C1 8hs x 10 días

④ Signos Alarmas si Empeora Simtomatológico Consultar Inmediatamente

1X-14/03

Dolor en flanco Izq: 3 dias en reposo con esfuerzos, agacharse No irradiado

EF: Espasmo Dorsolumbar

I Dx: Lumbago

CF: Metotrexato + Diclofenaco

01/09/03

46

11/20/10

X-16/03

Trasero en prepuccio: Enfermedades
 Ha mejorado con ampicilina
 EF: Lesiones puntiformes en glans
 y surco Balano-prepuccial

I. Dpx: Dermatitis Viral

Ch: Aciclovir 400mg 5 veces al día

Ch 913 EF

IV-03/04

Re: Infección urinaria
 En: Puntos en Cuello de Uterino en vagina a
 una de las paredes de vagina 11/20/10
 no dolor, se que el dolor de la
 parte de la uretra no por la vida sexual
 activa

Ex. SV: FC 72 Fm 20 T° 36 TM: 110/60
 Caudex de
 Abdomen
 Sin

Tras: Infección urinaria

Ch: Doxyciclina 100mg 2 veces al día
 - Ciprofloxacilo 500mg 2 veces al día
 - Fluconazol 150mg

Ch 913 EF

IV-30/04

No Buena de tratamiento por Infección urinaria
 En: Puntos que ha mejorado en la uretra
 con puntitos al lado de la uretra por el de la
 uretra, el dolor ha disminuido

Ex. SV: FC 72 Fm 20 T° 36 TM: 100/60
 Examen por piel

Tras: Infección urinaria

Ch: Doxyciclina 100mg 2 veces al día

Ch 913 EF

46

11/20/70

X-16/03

Traces en prepucio: inferiores
 H. meigado con ampullaria
 EF: Lesiones purpuriformes en glans
 y peneo Brithan-prepuce.

I. Dpx: Genititis viral.

Ch: Acidofusidico. Isotodolico.

Ch 9/13 Et.

IV-03/04

PC: Inj. en "monon"

EF: Puntos en Cauda de la peneo en inj. en 3e G
 una de 10 unidades de Cauda 11/2 unidades
 ha 1 Gm, la que de Cauda de la peneo
 para en la inyección no para de la zona
 activa

EF: SV. FC 72 Fr 25 T 36 TM 110/60

Quemadura de

15 L no

Ch no

Tr. 11/20/70

Ch-Dosificación. Cauda peneo #22

- Ciprofloxacin 500 mg 1/23) Metronidazol 500 mg

- Tetraciclina 500 mg

Ch 9/13 Et.

IV-30/04

Ch: Bate de tratamiento por 11/20/70

EF: Bate de tratamiento por 11/20/70
 con perfil alto, el Cauda peneo de la zona
 activa, el dolor ha disminuido

EF: SV. FC 72 Fr 25 T 36 TM 100/60

Examen por pul

Tr: 11/20/70

Ch: Cauda peneo 10/11/70

Ch 9/13 Et.

Ch 9/13 Et.

SERVICIO DE SALUD DEL CAUCA
SERVICIO DE HIGIENE INFANTIL Y PRE-ESCOLAR

INSCRIPCION		
Día	Mes	año

HISTORIA
N°

Apellidos 1° y 2°

Nombres:

Fecha Nmto: Lugar: Sexo: ☐ M ☐ F Edad en momento consulta

Padre: Madre:

Persona responsable: Relación

Domicilio

1. ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO	No sabe	Observaciones:
1. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Otros(Especifique)				
6. N° niños muertos en los últimos 5 años:				

II. ANTECEDENTES PERSONALES

PRENATALES Y DEL PARTO		PATOLOGICOS				
	SI	NO	SI	No	No Sabe	Fecha
1. Atención prenatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Embarazo Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Hijo N°			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Edad de la Madre al nacer el hijo:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Edad del embarazo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Parto en: Instit.	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	
7. Presentación cefálica:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Parto sencillo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Parto normal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observaciones:						

III .- VACUNACIONES

BIOLOGICOS	FECHA		
	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis
B.C.G.			
SARAMPION			
F. AMARILLA			
OTRA			

BIOLOGICOS	FECHA		
	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis
POLIO			
D.P.T.			
T.D.			
OTROS			

IV EVOLUCION Y RECOMENDACIONES

Fecha.	1. Motivo de Consulta:
Examen admisión:	Temperatura: Peso: Pulso:
	Talla:
2. Observaciones:	
3. Impresión Diagnóstica: a)	b) c)
4. Consulta y tratamiento:	

HOJA PROVISIONAL DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA

HC=37265

at 95
96

FECHA DE ATENCION EN LA INSTITUCION		
DIA	MES	AÑO
27	7	86

1º Apellido Valdez

2º Apellido Castillo

Nombres: Lovormay

FECHA DE NACIMIENTO: 25 - IV - 56	EDAD	DIAS	MESES	AÑOS	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	S.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: <u>Petia</u>	DOMICILIO: <u>Los Zeller</u>						
APELLIDOS Y NOMBRES		A) Padre: <u>Juan Valdez</u>		B) Madre: <u>Beney Castillo</u>			
ENTREVISTA:	TEMPERATURA: <u>36.5°C</u>	PESO: <u>58</u>		TALLA:			
	T. ARTERIAL: <u>100/60</u>	PULSO:					
OBSERVACIONES:							
CONSULTA MEDICA							
A) - MOTIVO DE CONSULTA: <u>Cefalea intensa y fiebre.</u>							
B) - INTERROGATORIO Y EXAMEN FISICO <u>Relat. que tiene 1 o 2 días de fiebre, dolor de cabeza intenso en la parte posterior, no con calor, con sudoración por la noche. Rx.</u>							
C) - IMPRESION DIAGNOSTICA <u>Brucella sepsis. el proceso del hígado y MU y VU y salivales y de secreción de la glándula parotidea. Rx. de la glándula parotidea.</u>							
D) - CONDUCTA Y TRATAMIENTO <u>1) Rx. de Brucella sepsis 2) Drogas 723C 3) Alergia respiratoria</u>							

IV - 18-86 P=60 kg TA=110/70 T°=36.4

HC= viene remitido de Popayán Hospital Vira. respiratorias. Pato. TBC pulmonar con fto. TBC. Eriograma cortado.

SH= 1 gr / día. 1 IU

RHP= 2 ccpp. / día. 1 IU

PZA= 3 tab / día. 1 IU

8 semanas.

Ben. apetito. sin tos. no se ha podido hacer un cultivo en lugares con bacterias. (Rx. de hígado (+))

ef. hígado y VU en buen pulmón dentro de la normalidad.

1) TBC en hígado.

147

V. 7-86 HC. Dolor en la cintura.

Peso 60 kg. TA. 110/80 T° 36°C

ef. Dolor a nivel de paravertebral

1) Rx. de Brucella sepsis

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL CAUCA
PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Oficio No. _____

W.C.No. 008069

Popayán 16 de Abril de 1.986.

Señores

Programa de Tuberculosis

Organismo de Salud

Hospital Regional El Bordo
Cauca

Por medio del presente le estamos remitiendo al paciente Lovermay
Valdes Castillo; residente en Vda La Talla
Patia Cauca
quien presenta TPC Pulmonar, P.R. directo +++ (III.12.86)

Se traslada con el siguiente esquema controlado X

Autoadministrado

Primera fase de ocho (8) semanas de duración: iniciada el 12.III.86

- 1) - SM 10 gramos dia IM de lunes a sábado
- 2) - Rimactozid: 2 tab dia de lunes a sábado
- 3) - P.Z.A.: 2 tab dia de lunes a sábado
- 4) -

Terminada la anterior fase, debe continuar con:

Segunda fase de 18 semanas de duración. Bisemanal

- 1) Rimactozid: 2 tab 2 veces por semana
- 2) Isoniazida: 5 tabletas 2 veces por semana

Terminada la segunda fase y si reúne los requisitos necesarios, se dará de alta por curación.

El paciente debe controlarse mensualmente con baciloscopia y de inmediato debe iniciarse el estudio de contactos.

Sírvase informarnos una vez el paciente se presente al Organismo.

Por tratarse de un paciente con fuertes deseos de curarse y bien motivado hacia su tratamiento ~~Asentamiento~~. y por no haber promotora de salud en su zona (La Talla), consideramos que el puede hacerse responsable del trat y se debe controlar cada semana, los días sábado en que asiste ~~Coordinador Programa de Tuberculosis~~ al Hospital del Bordo a recibir la droga de cada semana; Favorecer vigilas porque ~~facilite~~ el paciente siga motivado hacia su cumplimiento.

Atte -

Guillermo R300

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL CAUCA
PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

 ΓE

CLINICA

FECHA INICIO TRATAMIENTO.

CARGO

CARGO

[illegible]

NOTA : ESTA HOJA DEBE SER DILIGENCIADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A TODO PACIENTE QUE ESTE EN EL PROGRAMA DE T.B.C

VISITAS DOMICILIARIAS

101
28
44FECHA VISITA
DIA MES AÑO
27 VI 86Nº HISTORIA
37265

Nombre de la persona: Lovermay Valdés Castillo
 Nombre del jefe de la familia: Jesús Valdés (padre)
 Edad 28 ☒ M ☐ F Sexo ☒ M ☐ F Zona ☒ U ☐ R Dirección: Va. Los Talles Fondo
 Fechas: a) De inscripción en Sub-programa: TBC b) Inicio Tto.: III-12-86

1. SUB-PROGRAMAS DE ATENCIÓN MÉDICA:

A.- MATERNO INFANTIL. Asistencia a control de:

P.R. ☐ C.y D. ☐ P.F. ☐ PUERPERA ☐ U. ☐ R. ☐

B.- CONTROL DE TUBERCULOSIS.

Visita Inicial ☒ Búsqueda de contacto ☒ Insist. a control ☐ Otros ☒

C.- EPIDEMIOLOGÍA.

D.- Venéreas ☐ Gonorrea ☐
OTRAS VISITAS

2.- DATOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLÍNICA SEGUN TIPO DE VISITA:

- a. Pete. con TBC pulmonar desde III-12-86
 b. Recibe: Isoniazida = 5 Hrs 2 veces x se
 c. mono y Rifampicina = 2 cápsulas 2 veces
X Semano.

3.- MOTIVO DE LA VISITA:

Completar toma de la droga.
Dar educación a la familia en TBC
Tomar Hx. a los contactos.

4.- SITUACIÓN ENCONTRADA EN RELACIÓN AL PACIENTE:

El Pete. acepta de buen grado la visita
y está de acuerdo con cada uno de los
tratamientos dados. Sus contactos se
encuentran bien de salud.

5.- ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL DOMICILIO:

7.- EDUCACIÓN Y/O INSTRUCCIONES IMPARTIDAS:

Se le explicó a los familiares la importancia
del examen pulmonar.

6.- FECHA PRÓXIMA CITA: VI-28-86

Morleny Gusty
 Nombre de aux. o ayudante enfermera

SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL CAUCA
Claribel Gómez
 Jefe Coordinadora U.P.A.
 Area Supervisor

FECHA DE PRÓXIMA VISITA: VI-28-86 en la Historia Clínica del paciente.

102
29
106

SERVICIO DE SALUD DEL CAUCA
HOSPITAL REGIONAL EL BORDO
LABORATORIO CLINICO

Nombre y Apellido	<i>José María Vides</i>	HISTORIA No.	<i>37265</i>
Registro de Laboratorio No.	<i>151</i>	Fecha	<i>12-11-88</i>
Servicio	Ordenado por		

Serología

[No]

RECIBO
LABORATORIO CLINICO
HOSPITAL REGIONAL EL BORDO
CAUCA
12-11-88
Firma: *[Firma]*

Exámenes Varios

Fecha:

Firma:

TARJETA DE TRATAMIENTO T. B. C.

Historia Clínica No.

00349

Nombre

LOPEZ AY VALDES CASTILLO

Municipio

POI

103

Organismo

INSTITUTO VIAL REPTILIO TORTA

Nº Registro

00-0000

Dirección

PURCA

00

Jefe de Familia

JENNY VALDES (PARE)

Edad

23 años

Tratamiento Controlado

☐

Autoadministrado

☐

Drogas

SM RMP PZDINH RMY

Fecha inició tratamiento

III-12-86

Dosis

1gr/2comp 31b/51b/21b

TRATAMIENTO CONTROLADO O SUPERVISADO

DIA	MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
LUNES		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
MARTES		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
MIERCOLES		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
JUEVES		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
VIERNES		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
SABADO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
DOMINGO														

TRATAMIENTO DOMICILIARIO O AUTOADMINISTRADO

Fecha Cita														
Fecha Recibo														

CONTROL BACTERIOLOGICO

BACILOSCOPIA	Fecha	11-12-86	10-10-86	10-5-86	10-16-86	10-27-86	10-28-86	10-29-86	10-30-86	10-31-86				
	Resultado	++	+	0	0	0	0	0	0	0				

VIII-17-86

Seología no reacción

ATENCION DE ODONTOLOGIA PROGRAMADA

A - IDENTIFICACION

104 107 102

1er APELLIDO <u>Vz 10kg</u>			2do APELLIDO <u>Castillo</u>			NOMBRE <u>Southern</u>			No. HISTORIA CLINICA				
CHA									3	7	2	6	5
28/06/97									GRUPO DE POLACION:				
DIA MES AÑO									5 A 14 AÑOS <input type="checkbox"/> EMARAZADAS <input type="checkbox"/> OTROS <input checked="" type="checkbox"/>				

3 - ANAMNESIS

DATOS BASICOS SOBRE:	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. Tratamiento Médico	<input checked="" type="checkbox"/>			11. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ingestión de Medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>			12. Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Reacciones alérgicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		13. Otras Enfermedades (cuales)			
4. Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		14. Hábito de Higiene Oral			
5. Irradiaciones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		- Cepillado	NO <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	2 veces (Cuántas Veces)
6. Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		- Seda Dental	NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
7. Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		15. Otros			
8. Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
9. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
10. Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
OBSERVACIONES							

C - EXAMEN FISICO ESTOMATOLOGICO

TEMPERATURA		PULSO		TENSION ARTERIAL		RESPIRACION	
						Normal	
		NORMAL	ANORMAL			NORMAL	ANORMAL
1. Articulación Temporo - Mandibular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9. Senos Maxilares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Labios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10. Músculos Masticadores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		11. Sistema	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Paladar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Nervioso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piso de la Boca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Vascular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Carrillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Linfático Regional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Glandulas Salivales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		12. Función de Oclusión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Maxilares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
OBSERVACIONES:							

* Si no se encuentra inscrita en el Programa Materno Infantil, remitirla al medico.

EXAMEN DENTAL:

SI NO
1. Supernumerarios ☐ ☒
2. Abrasión ☐ ☒
3. Manchas ☐ ☒
4. Patología Pulpar ☒ ☐

SI NO
5. Placa Blanda ☒ ☐
6. Placa Calcificada ☒ ☐
7. Otros (Cuál) ☐

OBSERVACIONES:

EVALUACIÓN DE ESTADO PERIODONTAL:

OBSERVACIONES:

ODONTOGRAMA

CONVENCIONES



SUP. CARIADA O
RECIDIVA



SUPERF.
OBTURADA



DIENTE CON EX-
TRACCION INDICADA



DIENTE
EXTRAIDO



DIENTE SIN
ERUPCIONAR

DERECHO										IZQUIERDO									
VESTIBULAR										LINGUALES									
18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	21	22	23	24	25	26	27	28		
55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	61	62	63	64	65	66	67	68		
40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	71	72	73	74	75	76	77	78		
VESTIBULAR										LINGUALES									

CARIES: ☒ SI ☐ NO
OBTURADOS: ☒ SI ☐ NO

OYRAS OBSERVACIONES:

D- DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

PRESUNTIVO

DEFINITIVO

caries, periodontia con
patitis transversal de Agudado 32

PRONOSTICO:

E. PLAN DE TRATAMIENTO

OPERATORIA

☒

ORTODONCIA

☐

CIRUGIA ORAL

☐

PROTESIS

☐

PERIODONCIA

☒

MEDICINA ORAL

☐

ENDODONCIA

☒

FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL

[Handwritten Signature]

LOT 102
Hija 103

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.059.902.697**

VALDES ARCE

APELLIDOS
KELLY PATRICIA

NOMBRES
Kelly Patricia Valdes A.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAR-1987**

PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-MAR-2005 PATIA (EL BORDO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1105800-01031937-F-1059902697-20180815 0062304381A 1 7745075777

12343257

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No. 124
Parte básica 87. 03. 20 - 56230
Parte complementaria

OFICINA REGISTRO CIVIL		Clase (Notaria, Alcaldía, Corregimiento, etc.)		Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría		Código	
Notaria Unica		Patia Cauca		2330			
SECCION GENERAL							
INSCRITO		Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Valdes		Arce		Kelly Patricia			
SEXO		Masculino o Femenino		FECHA DE NACIMIENTO		Año	
Femenino		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>		20 Marzo		1.987	
LUGAR DE NACIMIENTO		País		Departamento, Alcaldía o Corregimiento		Municipio	
Colombia		Cauca		Patia			
SECCION ESPECIFICA							
DATOS DEL NACIMIENTO		17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento				18 Hora	
		Casa de habitación El Bordo Cauca				12 p.m.	
		19 Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroquial, etc.)				20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento	
		Acta parroquial					
MADRE		22 Apellidos (de soltera)		23 Nombres		24 Edad actual	
		Arce Valasco		Dania		22	
		25 Identificación (clase y número)		26 Nacionalidad		27 Profesión u oficio	
		CC # 34.460.158 de Patia		Colombiana		Domésticos	
PADRE		28 Apellidos		29 Nombres		30 Edad actual	
		Valdes Castillo		Lovernay		32	
		31 Identificación (clase y número)		32 Nacionalidad		33 Profesión u oficio	
		CC # 10.690.100 de Patia		Colombiano		Empleado	
DENUNCIANTE		34 Identificación (clase y número)		35 Firma (autógrafa)			
		CC # 10.690.100 de Patia		Lovernay			
		36 Dirección postal y municipio		37 Nombre		38 Firma (autógrafa)	
		Las Tallas Patia		Lovernay Valdes Castillo			
TESTIGO		39 Identificación (clase y número)		40 Domicilio (Municipio)			
TESTIGO		41 Identificación (clase y número)		42 Domicilio (Municipio)			
FECHA DE NACIMIENTO		43 Día		44 Mes		45 Año	
		23		Septiembre		1.988	

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
MUNICIPIO DE PATIA
ACTA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL NACIMIENTO: Lovernay Valdes Castillo
FIRMA DEL NACIMIENTO: Lovernay Valdes Castillo
FIRMA DEL DENUNCIANTE: Lovernay Valdes Castillo
FIRMA DEL TESTIGO: Lovernay Valdes Castillo
FIRMA DEL TESTIGO: Lovernay Valdes Castillo

ORGANIZACION ELECTORAL REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Es Fiel Copia del Original que reposa en los archivos de esta Registraduria

Serial o Folio 12343257 Tomo 12 D.C. 2018

Patia El Bordo Cauca de de



Lucy Barrera Martinez Registradora del Estado Civil

EXENTO DE SELLO Art. 11 Decreto 2150/95

10x 104
105



COMPROBANTE DE DOCUMENTO EN TRAMITE



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

TIPO DE DOCUMENTO: ☐ CC ☒ ☐ CLASE EXP.: ☒ ☐ DUP ☐ REC ☐ REN

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1061761315

APELLIDOS: Aguilar Valdes

NOMBRES: Jesus David

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: POP. 13/08/2011

LUGAR Y FECHA DE PREPARACIÓN: POP.

NÚMERO DE PREPARACIÓN: 7765101822

21 AGO 2018



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO

Indicativo
Serial

05388898

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría ☒ Notaría ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Insp. de Policía ☐ Código ☐ F Z F

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

REGISTRADURÍA DE POPAYAN - COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Datos del matrimonio

Lugar de celebración: País - Departamento - Municipio

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Fecha de celebración

Año 2 0 1 1 Mes J U L Día 2 5 Civil Religioso X

Documento que acredita el matrimonio

Tipo de documento Número Notaría, juzgado, parroquia, otra.

Acta religiosa X Escritura de protocolización N. 82 IGLESIA CRUZADA CRISTIA

Datos del contrayente

Apellidos y nombres completos

ANGULO IBARRA JESUS HERNEY

Documento de identificación (Clase y número)

CC 10.698.529

Datos de la contrayente

Apellidos y nombres completos

VALDES ARCE KELLY PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.059.902.697

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

PAZ BONILLA JULIETH ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 34.317.136

Firma

Julieth Andrea Paz B

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 1 Mes A G O Día 0 2

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CONSUELO ALVARO CHANTRE HOYOS (E)

CAPITULACIONES MATRIMONIALES

Lugar otorgamiento de la escritura No. Notaría No. Escritura

Fecha de otorgamiento de la escritura

Año Mes Día

HIJOS LEGITIMADOS POR EL MATRIMONIO

Nombres y apellidos completos	Identificación (Clase y número)	Indicativo serial de nacimiento

PROVIDENCIAS

Tipo de providencia	No. Escritura o Sentencia	Notaría o Juzgado	Lugar y fecha	Firma funcionario

ESPACIO PARA NOTAS

02 AGO 2011 - TIPO DE DOCUMENTO ANTERECEDENTE - ACTA RELIGIOSA Y...

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA

Consuelo Alvaro Chantre Hoyos

Registradora Nacional del Estado Civil (E)

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

gemo
100

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.698.529**

ANGULO IBARRA


APELLIDOS

JESUS HERNEY

NOMBRES

JESUS HERNEY ANGULO IBARRA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-JUL-1984**

PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.84
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

01-OCT-2002 PATIA (EL BORDO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1100100-00261437-M-0010698529-20101022 0024479625A 1 35227512

Hija 110

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.059.908.954**

VALDES ARCE

APELLIDOS
MARIA ALEJANDRA

NOMBRES
Maria Alejandra Valdes

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-NOV-1990**

PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-DIC-2008 PATIA (EL BORDO)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1105800-00154723-F-1059908954-20090419 0010839104A 1 27924356

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

#10

REGISTRO DE NACIMIENTO

Superintendencia de Notariado y Registro

16788972

90-11-18

11

OFICINA REGISTRO CIVIL

3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregimiento, etc.): NOTARIA UNICA

4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: PATIA CAUCA

5 Código: 2330

SECCION GENERAL

INSCRITO

6 Primer apellido: VALDES

7 Segundo apellido: ARCE

8 Nombres: MARIA ALEJANDRA

9 Sexo: FEMENINO

10 Masculino ☐ Femenino ☒

11 Día: 18

12 Mes: NOVIEMBRE

13 Año: 1.990

14 País: COLOMBIA

15 Departamento, Int. o Com.: CAUCA

16 Municipio: PATIA

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc. donde ocurrió el nacimiento: CASA DE HABITACION EN LA VEREDA LAS TALLAS PATIA (CAUCA)

18 Hora: 1 P.M.

19 Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): TESTIGOS DECRETO 999 de 1.988.

20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento:

21 No. licencia:

MADRE

22 Apellidos (de soltera): ARCE VELASCO

23 Nombres: DANIA

24 Edad actual: 25

25 Identificación (clase y número): C.C.# 34.460.158 de Las Tallas Patia

26 Nacionalidad: colombiana

27 Profesión u oficio: Of. Domesticos

28 Apellidos: VALDES CASTILLO

29 Nombres: LOVERNAY

30 Edad actual: 35

31 Identificación (clase y número): C.C.# 10.690.100 de Patia Cauca

32 Nacionalidad: colombiana

33 Profesión u oficio: Empleado

DENUNCIANTE

34 Identificación (clase y número): C.C.# 34.460.158 Las Tallas Patia

35 Dirección postal y municipio: Las Tallas Patia Cauca

36 Nombre: DANIA ARCE VELASCO

37 Firma (autógrafa): *Dania Arce Velasco*

TESTIGO

38 Identificación (clase y número): C.C.# 25.535.153 de Patia Cauca

39 Dirección postal y municipio: Barrio Hueco Lindo 1 Bordo Patia Cauca

40 Nombre: PRIMITIVA CAICEDO MELLER

41 Firma (autógrafa): *Primitiva Caicedo Meller*

TESTIGO

42 Identificación (clase y número): C.C.# 10.440.141 de Las Tallas Patia

43 Dirección postal y municipio: Las Tallas Patia Cauca

44 Nombre: HERIBERTO CASTILLO

45 Firma (autógrafa): *Heriberto Castillo*

FECHA DE INSCRIPCION

46 Día: 3

47 Mes: MARZO

48 Año: 1.992

49 Firma (autógrafa) y sello del funcionario que otorga el registro: *[Firma]*

Forma CANE 1P10, 20 9/1/77

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



ORGANIZACION ELECTORAL

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Es Fiel Copia del Original que reposa en los archivos de esta Registraduria

Serial o Folio: 16788972 Tomo

Patia El Bordo Cauca de 12 DIC. 2018 de

Lucy Barrera Martinez
Registradora
del Estado Civil
EXENTO DE SELLO
Art. 11 Decreto 2160/96

EN BLANCO

REGISTRADURIA NAL DEL ESTADO CIVIL
PATIA - EL BORDO - CAUCA

59

Firma del padre

reconocimiento

60

Firma del funcionario ante

reconocimiento

61 NOTAS

Se toma huella dactilar I.D. de la madre que hace la inscripción, y del padre que hace el reconocimiento y de los testigos. - A ruego del señor Heriberto - Castillo que manifiesta no saber firmar, lo hace - Nelson Diaz Gómez con C.C.# 4.732.886 de Patía Cauca.-

RECEIVED
SECRETARIA DE JUSTICIA
BOGOTA D.C.
1962

REGISTRADURIA NAL DEL ESTADO CIVIL
PATIA - EL BORDO - CAUCA

16788973

REGISTRO DE NACIMIENTO

91-10-22

ORIGINAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.061.758.792**

VALDES ARCE

APELLIDOS

ANGELICA MARIA

NOMBRES

Angelica mauroldo Arce

FIRMA



112 Hija
H
H



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-1993**
PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

A-

G.S. RH

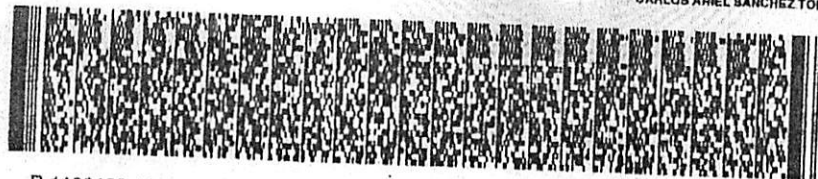
F

SEXO

18-MAY-2011 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1100100-00306775-F-1061758792-20110609

0027173769A 1

36684497

ORGANIZACION ELECTORAL REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Es Fiel Copia del Original que reposa en los archivos de esta Registraduría

Serial o Folio 21027278

12 DIC. 2018

de de

Patia El Bordo Cauca,

Lucy Barrera Martinez Registradora del Estado Civil

EXENTO DE SELLO

Art. 11 Decreto 2150 / 95



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL	
FECHA DE INSCRIPCION	
46) Dia 29	47) Mes
FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO	
48) Año 1,994	49) Nombre del funcionario que se sienta el registro
TESTIGO	
42) Identificación (clase y número)	43) Domicilio (Municipio)
C.C.# 4.733.168 Patia Cauca	VRDA EL GUANABANO PATIA CAUCA
TESTIGO	
40) Identificación (clase y número)	41) Domicilio (Municipio)
C.C.# 48.651.611 de Versalles Patia	VRDA EL GUANABANO PATIA CAUCA
DENUNCIANTE	
34) Identificación (clase y número)	35) Dirección postal
C.C.# 10.690.100 Patia Cauca	LAS TALAS PATIA CAUCA
PADRE	
28) Apellidos	29) Nombres
VALDES CASTILLO	LOVERNAV
MADRE	
25) Identificación (clase y número)	26) Apellidos
C.C.# 34.460.158 las Talas Patia	ARCE VELASCO
TESTIGOS	
19) Documento presentado (Certificado de matrimonio, etc.)	20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento
CASA DE HABITACION EN LAS TALAS A PATIA CAUCA	DANIA
SECCION ESPECIFICA	
17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento	18) Hora 9:20 AM
SECCION GENERAL	
3) Clase (Nacimiento, Consueño, Registratura, Estado Civil, Inspección, Registro, etc.)	4) Municipio y Departamento
COLOMBIA	CAUCA
14) País	15) Departamento, Int., o Com.
FEMENINO	MASCULINO
SEXO	16) Municipio
VALDES	PATIA
5) Primer apellido	6) Segundo apellido
ARCE	ARCE
8) Nombres	9) Nombres
ANGELICA MARIA	ANGELICA MARIA
11) Dia 14	12) Mes MAYO
FECHA DE NACIMIENTO	13) Año 1,993
14) Año	15) Código
93-05-14	2330



República de Colombia



A8017737845

17 OCT 2014

ESCRITURA PÚBLICA No.: 2.411 - DOS MIL CUATROCIENTOS Y UNO
FECHA DE OTORGAMIENTO: DIECISIETE (17) DE OCTUBRE DEL AÑO 2014.
CLASE DE ACTO: DECLARACIÓN DE UNIÓN MARITAL DE HECHO.
PERSONAS QUE INTERVIENEN: NATAEL ANGULO IBARRA y ANGELICA MARIA VALDES ARCE.

En la ciudad de Popayán, Capital del Departamento del Cauca, República de Colombia, a los Diecisiete (17) días del mes de Octubre del año Dos Mil Catorce (2014), donde está ubicada la Notaría Primera de Popayán, actuando como Encargado el Doctor ROBERTO VARONA PAREDES, comparecieron: El señor NATAEL ANGULO IBARRA, mayor de edad, de esta vecindad, y presentó la cédula de ciudadanía número 1.059.907.092, domiciliado y residente en: La Calle 24 No. 6A - 81 Barrio Comuneros de la ciudad de Popayán, de estado civil soltero; y la señora ANGELICA MARIA VALDES ARCE, mayor de edad, de esta vecindad, y presentó la cédula de ciudadanía número 1.061.758.792, domiciliada y residente en: La Calle 24 No. 6A - 81 Barrio Comuneros de la ciudad de Popayán, de estado civil soltera, quienes encontrándose en pleno goce de sus facultades mentales, manifestaron que de conformidad con lo preceptuado en el Artículo 4º, Numeral 1 de la Ley 979 de 2005, en concordancia con el Artículo 1º de la Ley 54 de 1990, por el presente instrumento público, de mutuo acuerdo, proceden a declarar que desde el día PRIMERO (01) DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2010, de manera libre y voluntaria, conviven bajo un mismo techo, en forma singular, estable, continua y permanente, prodigándose ayuda mutua y en tal virtud declaran que han conformado UNA UNIÓN MARITAL DE HECHO, la cual para todos los efectos legales, por este instrumento queda legalmente constituida.

Los comparecientes hacen constar que han verificado cuidadosamente sus nombres completos, estados civiles, el número de sus documentos de identidad. Declaran que todas las informaciones consignadas en el presente instrumento son correctas y, que en consecuencia, asumen la responsabilidad que se derive de cualquier inexactitud en los mismos. Conocen la ley y saben que la Notaría responde de la regularidad formal de los instrumentos que autoriza, pero no de la veracidad de las declaraciones

El notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario


1035550009999

180/08/18

Cadena 5. 7.5. 9

de los interesados. Leído que fue este instrumento, los comparecientes lo hallaron corriente y expresaron su asentimiento en prueba de lo cual firman, de todo lo cual doy fe. Derechos \$ 47.300, \$ 4.600, para la Superintendencia de Notariado y Registro, y \$ 4.600, para el Fondo Nacional de Notariado. Decreto D188 del 12 de Febrero de 2013 y Resolución DD88 de Enero D8 de 2014. Hoja utilizada Nro. Aa017737845.

LOS COMPARECIENTES:

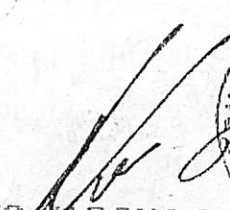

Natael **Angelo I Barra**
NATAEL ANGULO IBARRA
Estado Civil: *soltero*

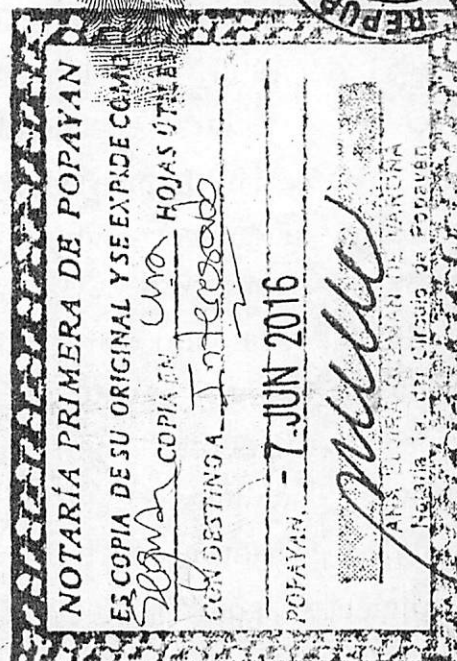
Dirección: *ca 2a 6-871*

Teléfono: *3206624362*

Actividad Económica: *SIP*

Angelica Ma valdes Arce
ANGELICA MARIA VALDES ARCE
Estado Civil: *soltera*
Dirección: *calle 24 H6A-81*
Teléfono: *3178821379*
Actividad Económica: *Estudiante*


ROBERTO VARONA PAREJA
NOTARIO PRIMERO DE POPAYAN (E)



Revisó:

11T Jernio
AT
143

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO **1.059.907.092**

ANGULO IBARRA
APELLIDOS
NATAEL
NOMBRES

Natael Angulo Ibarra
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1989**
PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 **B+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-AGO-2007 PATIA (EL BORDO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1105800-36164465-M-1059907092-20071115 0416207318N 02 278606624

116 Hermana
#5
#4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

34.460.129

NUMERO

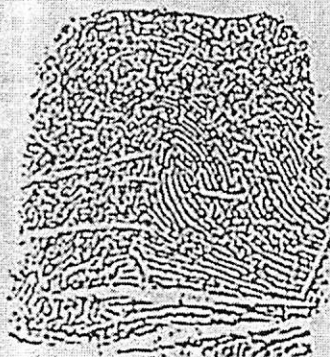
VALDEZ CASTILLO

APELLIDOS

AMPARO

NOMBRES

Amparo Valdéz



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1963

PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

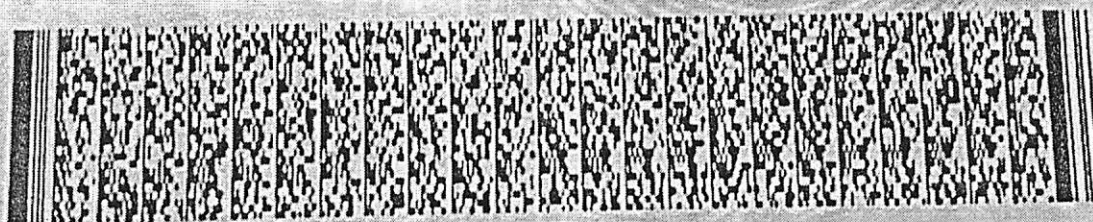
1.67
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

14-DIC-1981 PATIA (EL BORDO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1105800-36155701-F-0034460129-20070522

0007007142C 02 211509911

NUMERO
APELLIDOS
DE TESTIGO

Donna Gladys Acosta
En la Republica de Colombia Departamento de Cundinamarca
Municipio de Pácora (Corregimiento "Verde Mezcla")
del mes de mayo de 1975 de mil novecientos setenta y cinco (1975)
se presente para declarar y declarar con
domiciliado en San Rafael y declaró

SECCION GENERAL

(Que para los efectos legales denuncia ante esta Notaría, Registradora, Alcaldía etc.
que el día 11 del mes de Julio de 1975 de mil novecientos setenta y cinco
nacó en el Municipio de Pácora Departamento de Cundinamarca
Republica de Colombia un niño de sexo masculino a quien se le ha dado el nombre de Alejandro

SECCION ESPECIFICA

Hora de nacimiento 12:00 lugar San Rafael Dirección de la casa, habitación, barrio, vereda
Nombre de la madre, Lucina Acosta
identificada con de profesión enfermera
de nacionalidad colombiana y estado civil casada
Nombre del padre Carlos Acosta
Licenciado del Registro del padre está sujeta a lo dispuesto en los artículos 53 y 54 del Decreto 1250/70
identificado con de profesión farmacéutico
de nacionalidad colombiana y estado civil casado
Certificó el nacimiento de la niña María de la Cruz Acosta licencia No.
o los testigos (Cuando no se presente certificado - Art. 49 Decreto 1250/70)
quienes suscriben la presente Acta para acreditar el nacimiento
El denunciante Doña Gladys Acosta
Los testigos
Firma y sello
Firma del funcionario que autoriza el registro
Firma y sello

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Para efectos del artículo 2o. de la Ley 45 de 1936, subrogado por el artículo 1o. de la Ley 75 de 1968, reconozco
al niño a que se refiere esta Acta como mi hijo natural y para constancia firmo,

Firma del padre que hace el reconocimiento. Firma de la madre que hace el reconocimiento.
Firma y sello del funcionario ante quien se hace el reconocimiento.



ORGANIZACIÓN ELECTORAL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL


Es Copia del Original que reposa
en los archivos de esta Registraduría

Serie o Folio XIV Tomo 33


Para el Bordo Cauca; 3 - ENE. 2019
de de

Bianca Esther Pizo C.
Registraduría del Estado Civil (E)
Exento de Sello
Art. 41 Decreto 2150 / 95

P-3100100-66132572-F-1130824785-20041228
 0182004333A 02 1700821571




REGISTRO NACIONAL
 FECHA DE EXPEDICION 27-AGO-2004 CALI
 FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1986
 LUGAR DE NACIMIENTO CALI (VALLE)
 ESTATURA 1.77
 PESO 65.04
 SEXO F



INDICE DEDOS HI

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
 NUMERO 1.130.628.195
 APELLIDOS BERNAL VALDES
 NOMBRES GLORIA FERNANDA
 FIRMA



118
 7/7
 2/11

RECONOCIMIENTO DE HIJO NATURAL

Para efecto del artículo primero (1o.) de la Ley 75 de 1968,
reconozco al niño a que se refiere esta acta como mi hijo natural,
en cuya constancia firmo.

59

Firma del padre que hace el reconocimiento

60

Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

61 NOTAS



NOTARIA SEPTIMA DEL CIRCULO DE CALI VALLE

CERTIFICA

QUE EL PRESENTE ES FIEL Y AUTENTICA COPIA DE SU ORIGINAL

QUE APARECE INSCRITO AL TOMO 215 IND SERIAL

10861053

DE ESTA NOTARIA DECRETO 1260/70 ART. 11

SE EXPIDE PARA

TRAMITES LEGALES

FECHA

21 DIC 2018

