

San Juan de Pasto, 5 de agosto de 2024

Señores:

H. TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE PASTO (REPARTO)

E. S. D.

REF: ACCIÓN DE TUTELA

ACCIONANTE: SANDRA LORENA LUNA BASTIDAS Y OTROS
ACCIONADO: CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA NARIÑO

Cordial saludo,

SANDRA LORENA LUNA BASTIDAS, mayor de edad, residente y domiciliada en el Municipio de Pasto (N), identificada con cédula de ciudadanía No.59.824.659 de Pasto, en Representación de mi hijo menor José Felipe Mesías Luna, el señor José Luis Mesías Castrillón identificado con cédula No.98-385.539 de Pasto y en el mío propio, muy respetuosamente acudimos ante su despacho para formular acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la C.N., en contra del CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA DE NARIÑO, con el fin de amparar los derechos constitucionales y fundamentales de nuestro hijo menor José Felipe Mesías Luna, a la vida digna, integridad física, salud y seguridad social, la alimentación equilibrada, a **tener una familia y no ser separado de ella**, el cuidado y amor, la educación y la cultura la recreación y la libre expresión de su opinión; Los míos y los de mi esposo José Luis Mesías Castrillón a la Salud, a la Educación, al trabajo y a tener una familia y no ser separado de ella.

I. HECHOS:

- 1.-Soy mujer de 51 años de edad, empleada al servicio de la Rama Judicial, en el cargo de citadora G.03 en propiedad del Juzgado Cuarto Civil Municipal de Pasto.
- 2.-Para el día 11 de julio del 2024, fui notificada por el Juzgado Primero Penal del Circuito de Tumaco Nariño, de la Resolución No. 12 del **NOMBRAMIENTO EN PROPIEDAD del cargo ESCRIBIENTE DEL CIRCUITO NOMINADO** del Juzgado Primero Penal del Circuito en Tumaco- Nariño.
- 3.-El día 31 de julio de 2024, fui notificada por el Juzgado Primero Penal del Circuito de Tumaco Nariño, de la Resolución No. 13 mi aceptación a dicho Nombramiento y a la concesión de la prórroga que solicite ante el Señor Juez del Juzgado Primero Penal del Circuito de Tumaco Nariño, para tomar posesión, en el término legal; de tal manera su Señoría que me encuentro a término fechado 23 de agosto de 2024

para realizar **el trámite de mi posesión en el nombramiento en propiedad que por concurso de méritos me ha sido otorgado.**

4.-El Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño publica la lista de elegibles de la Convocatoria No.04 para la designación de Escribiente del Circuito Nominado en Propiedad y como puede darse cuenta en los pantallazos que se adjuntan me encuentro entre los primeros lugares de postulación para dicho Cargo.

5.-Mi hijo José Felipe Mesías Luna, menor de 6 años, estudiante de primer año de primaria del Colegio Champagnat de Pasto, solicita a la Accionada **la oportunidad de seguir gozando de todos los derechos que la Ley y la Carta Política, le protegen al ser sujeto de especial protección Constitucional, al encontrarse viviendo en un hogar junto a su madre la señora Sandra Lorena Luna Bastidas, y su padre José Luis Mesías quienes le otorgan un lugar seguro lleno de cariño, protección y apoyo, en la ciudad de Pasto.**

6.-Mi cónyuge el Sr. José Luis Mesias Castrillón quien de 51 años quien padece diabetes y Osteoartropia degenerativa de la columna lumbar, así como Escoliosis Lumbar, debido a estas condiciones requiere atención alimentaria y cuidados especiales, como se detalla en la historia clínica adjunta y en el resultado de examen radiológico realizado el 27 de julio de 2024, durante los 25 años de nuestro matrimonio, he sido la responsable de brindarle esta atención y cuidado.

7.-Yo, de 51 años, tengo antecedentes de cáncer de mama derecha, para el cual me sometí a una cuadrantectomía, así como a quimioterapia y radioterapia. Actualmente, sigo en controles regulares y estoy a la espera de un requerimiento adicional con una ecografía mamaria de la derecha. Según las conclusiones del estudio, se ha identificado un nódulo mamario derecho y el resultado es inconcluso (BI-RADS 0). Por ello, necesito continuar con mis controles en la ciudad de Pasto, como lo he hecho hasta ahora. Mi salud requiere una atención especial debido a mi antecedente de cáncer, clasificado como una enfermedad ruinosa, catastrófico y de alto costo por el Ministerio de Salud y Protección Social, según la Resolución 023 de 2023 y la Resolución 3974 de 2009. Esto hace que mi situación requiera un cuidado y control exhaustivo.

8.- El Honorable Consejo Seccional de la Judicatura ha publicado para el mes de agosto de 2024 las opciones de sede disponibles, y se ha confirmado que hay dos vacantes para el cargo de Escribiente del Circuito en Propiedad en la ciudad de Pasto. Me encuentro en el listado vigente de elegibles para cubrir dicha vacante en Pasto. Su Señoría puede solicitar al Honorable Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño la verificación de mi inclusión en esta lista.

Medida Provisional:

Solicito muy comedidamente, a su Señoría que de conformidad al art 7º del decreto 2591 de 1991 "por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el art 86 de la constitución política que, dada la premura de tiempo y las circunstancias descritas, se autorice mi posesión en provisionalidad en la ciudad de Pasto, conforme a lo estipulado en la Circular PCSJC17-36 de 2017.

De acuerdo con la Resolución No. 13, fechada el 31 de julio de 2024, se establece que debo posesionarme en Tumaco en un plazo menor a 15 días, es decir, antes del viernes 23 de agosto de 2024. Este desplazamiento implicaría una separación forzada entre mi hijo menor de 6 años y yo, lo cual resultaría en un traslado a una ciudad diferente que afectaría profundamente nuestra estabilidad y bienestar.

Mi hijo, al ser menor de edad y sujeto de especial protección constitucional, tiene derecho a permanecer con su madre, en concordancia con el principio del interés superior del menor, que establece la prevalencia de sus derechos y el desarrollo adecuado en un entorno estable y familiar. La separación forzada no solo perjudicaría su bienestar emocional y psicológico, sino que también iría en contra de los principios establecidos por la Constitución y las leyes vigentes para la protección de los niños.

Por lo tanto, solicito respetuosamente a Su Señoría que se considere la posibilidad de autorizar mi posesión en propiedad en uno de los dos Juzgados del Circuito de Pasto que actualmente se encuentran vacantes, en lugar de realizar el traslado a Tumaco. Esta medida no solo permitiría que mi hijo y yo permanezcamos juntos, sino que también se alinearía con las disposiciones establecidas en la Circular PCSJC17-36 de 2017 sobre posesión en provisionalidad.

Agradezco profundamente su comprensión y consideración en esta solicitud, que busca asegurar que se respeten tanto los derechos fundamentales de mi hijo como las disposiciones legales y constitucionales aplicables, tomando como base la PREVALENCIA DE LOS DERECHOS DE NIÑO – Desarrollo del principio del interés superior del menor, permitiendo tomar posesión en Propiedad como Escribiente del Circuito Nominado en uno de los dos Juzgados del Circuito de Pasto que se encuentran vacantes definitivamente y en provisionalidad esto lo expresa la circular PCSJC17-36 de 2017 *"Ahora bien, tratándose de empleos que corresponden al régimen de carrera judicial, las vacancias definitivas se deben proveer por el sistema de méritos y en caso de vacancia transitoria, según los pronunciamientos de la H. Corte Constitucional, sentencias C-713 de 2008, C-333 de 2012 y 532 de 2013, deben tenerse en cuenta los integrantes de los registros de elegibles vigentes, como lo precisó en los mencionados fallos que por tratar una situación semejante, pueden ser aplicables. En la sentencia C-713 de 2008, al referirse a la provisión de cargos de manera transitoria, la Corte expresó: "(...) para garantizar la transparencia en la designación de los jueces y la observancia del mérito como criterio de escogencia, la Corte advierte que ellos deberán ser nombrados de las listas de elegibles integradas en los respectivos concursos de méritos para acceder*

a la carrera judicial y respetando siempre el orden de prelación.- (...) Ahora bien, es cierto que los jueces de descongestión tienen vocación de transitoriedad y, por lo tanto, sus titulares no pertenecen a la carrera judicial. Sin embargo, la Corte quiere llamar la atención, con especial rigor, para dejar en claro que en virtud de los principios constitucionales de transparencia e igualdad, y del mérito como criterio de acceso a la función pública, su designación hace inexcusable tomar en cuenta y respetar el orden de las listas de elegibles, conformadas por quienes han agotado todas las etapas del concurso de mérito y se encuentran a la espera de su nombramiento definitivo. Sólo de esta manera la creación de jueces de descongestión es compatible con los principios que rigen la función pública y la designación de los jueces, en particular el mérito.”

II.PRETESIONES

1.Por el derecho que me otorga el haber concursado en la convocatoria No. 04 y haber sido nombrada en propiedad en el Juzgado Primero Penal del Circuito de Tumaco, y estando solo en espera de posesionarme en dicho nombramiento en propiedad antes del 23 de agosto del presente año —fecha en la cual se vence la prórroga que he solicitado para posesionarme en Tumaco—, solicito de manera especial al Honorable Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño que considere mis circunstancias de salud.

2.Dado que tengo antecedentes de cáncer de mama, lo que requiere un cuidado especial que debo recibir en la ciudad de Pasto, así como la necesidad de atender la salud física, emocional y psicológica de mi hijo menor de 6 años, quien es sujeto de especial protección constitucional y no debe ser apartado del seno materno para garantizar su desarrollo óptimo, además de cuidar a mi esposo, quien padece una enfermedad crónica y requiere de mi atención y cuidado, solicito que el Honorable Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño me permita posesionarme en propiedad en el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pasto o en el Juzgado Tercero de Familia del Circuito de Pasto, ya que estas vacancias están publicadas para el mes de agosto y se encuentran con vacancia definitiva.

3.Le solicito a la Accionada, como encargada entre sus funciones constitucionales según el Art. 256 numerales 1º. Y 2do. que el nombramiento que se me realice para la ciudad de Tumaco me sea realizado en Pasto en donde se encuentran vacantes tanto en el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pasto, como el Juzgado Tercero de Familia del Circuito de Pasto, y que mi posesión sea realizada en esta Ciudad como Escribiente Civil del Circuito Nominado al haber ganado por concurso de méritos y por existir ya un nombramiento en propiedad por el derecho que me entrega el haber concursado y haber ganado de manera meritatoria y haber sido nombrada en propiedad como Escribiente Civil del Circuito Nominado en la Ciudad de Tumaco, la posesión en Propiedad se realice por mis circunstancias de salud, las circunstancias de mi hijo menor de edad Sujeto de Especial Protección Constitucional y las circunstancia de salud de mi esposo, en alguno de los dos Juzgados aquí en la ciudad de Pasto. y de esta manera tener la oportunidad de que

a mi hijo menor de 6 años no se le vulneren sus derechos a tener un excelente Colegio como lo es el Colegio Champagnat de Pasto, a tener una mejor oportunidad de tener mejores tratamientos en su salud ya que Pasto, sobre sale en Hospitales y Clínicas en el Departamento de Nariño, y sobre todo a que no se lo aleje del seno de su madre la cual si se posesiona en Tumaco tendría que vivir en un lugar lejano al de su hijo menor, quien es sujeto de especial protección Constitucional, situación que psicológicamente menoscabaría su crianza y desarrollo físico, mental y psicológico, teniendo en cuenta que él es sujeto especial de derechos prevalentes, por su corta edad tomando como EL PRINCIPIO DEL INTERES SUPERIOR DEL NIÑO Y DERECHO A TENER UNA FAMILIA Y NO SER SEPARADO DE ELLA.

He tomado como base para mi solicitud, el enfoque de género ya que tiene como objetivo identificar y caracterizar mi situación, mi vida y la construcción social que he realizado por más de 20 años dentro de esta prestigiosa institución de tal forma que busco lograr que no se menoscabe el derecho que tengo de obtener la oportunidad de seguir trabajando en lo que me gusta que es el área civil , y de tener a mi hijo a mi lado como mujer cabeza de hogar y con la responsabilidad de proveer el sustento económico de mi casa con el logro de este ascenso por meritocracia. De igual manera se encuentran a mi cuidado tanto la salud de mi esposo quien es diabético y padece de Osteoartropia degenerativa de la columna lumbar. Escoliosis Lumbar y mi salud, ya que mis antecedentes de cáncer de mama hacen que necesitemos seguir con los tratamientos mi esposo como enfermo crónico y yo continuar con mis controles de CA de mama, en la ciudad de Pasto.

He tomado mi caso ya que mi condición para ejercer plenamente mis derechos es luchar por buscar la mejor opción como mujer, abogada y con ánimo de seguir adelantando estudios especializados para lograr contribuir de mejor manera y calidad las funciones y labores a mi asignadas en el desarrollo de mi trabajo como empleada en un Juzgado Civil.

En tanto que tomando la perspectiva de género coloco mi capacidad y la experiencia que he logrado en esta magna Institución por más de 20 años de trabajo en los diferentes cargos a mi asignado y de la mejor manera realizados.

Es por ello que solicito que se tenga en cuenta que ante la posibilidad del nombramiento realizado se me permita ocupar una de las 2 vacantes existentes en la ciudad de Pasto en el área Civil, ya que de ese modo puedo aportar un mejor desempeño de las funciones de Escribiente del Circuito Nominado.

Y como mujer profesional con ánimo de especialización en el área Civil la posibilidad de mantener mi hogar unido, con una buena retribución salarial al esfuerzo realizado por más de 20 años en esta prestigiosa institución con la frente en alto siempre entregando lo mejor de mi experiencia, mi honestidad y mi más grande tesoro el amor que colocó al servir a los demás en el ámbito judicial.

Dejó a su señoría la anotación de que el Derecho prevalente que tiene mi hijo menor quien es sujeto de especial protección Constitucional de tener a su madre a su lado sea el de relevancia total y el que dentro de nuestra Constitución Política art. 44 de va de la mano con el art.42 el cual reza: *“la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia.”*

4.Solicito que se vinculen a esta Acción de Tutela los siguientes ENTES DE CONTROL:

- DEFENSORIA DE FAMILIA
- A LA PROCURADURIA 20 JUDICIAL II PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA, LA ADOLESCENCIA LA FAMILIA Y LA MUJER.
- COMISARIA DE FAMILIA

III. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Sentencia T-468/18

“PRINCIPIO DEL INTERES SUPERIOR DEL NIÑO Y DERECHO A TENER UNA FAMILIA Y NO SER SEPARADO DE ELLA – Caso en el que que una madre en condición de discapacidad considera vulnerados sus derechos cuando el ICBF decide declarar a su hijo en adopción.

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL

La familia, la sociedad y el Estado están obligados a asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, siempre orientados por el criterio primordial de la prevalencia del interés superior de los niños, niñas y adolescentes, como sujetos de protección constitucional.

PREVALENCIA DE LOS DERECHOS DEL NIÑO- Desarrollo del principio del interés superior del menor

De conformidad con nuestra Carta Política los derechos de los niños prevalecen sobre los demás (Art.44, par 3º, Superior), contenido normativo que incluye a los niños y niñas en un lugar primordial en el que deben ser especialmente protegidos, dada su particular vulnerabilidad al ser sujetos que empiezan la vida, que se encuentran en situación de indefensión y que requieren de especial

atención por parte de la familia, la sociedad y el Estado y sin cuya asistencia no podrían alcanzar el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad. En este sentido, el actual Código de la Infancia y la Adolescencia señala que se debe "garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente, de felicidad, amor y comprensión donde prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna. En ese orden, el principio del interés superior del niño, es un criterio "orientador de la interpretación y aplicación de las normas de la protección de la infancia que hacen parte del bloque de constitucionalidad y del Código de la Infancia y la Adolescencia". Además de ser un desarrollo de los presupuestos del Estado Social de Derecho y del Principio de la Solidaridad.

4.1.2. Estas disposiciones armonizan con diversos instrumentos internacionales que se ocupan específicamente de garantizar el trato especial del que son merecedores los niños, como quiera que "por su falta de madurez física y mental, necesitan protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento". Así, la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Convención sobre los Derechos del Niño. Reconocida de igual manera en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en diversos estatutos e instrumentos de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

Es importante tener en cuenta que por remisión expresa del artículo 44 constitucional, el ordenamiento superior colombiano incorpora los derechos de los niños reconocidos en los instrumentos internacionales ratificados por el Estado. En igual sentido el Art. 6° del Código de la Infancia y Adolescencia establece que las normas contenidas en la Constitución Política y en los tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por Colombia y, en especial, la Convención sobre los Derechos del Niño, hacen parte integrante de dicho Código y orientaran, además, su interpretación y aplicación, debiendo aplicarse siempre la norma más favorable al interés superior de los niños, niñas y adolescentes.

La norma infunde el mismo principio de integridad en el derecho que inspira el bloque de Constitucionalidad. (Art.93, C.P.) A saber: el derecho es integral, es un todo, por lo que sus elementos estructurales hacen parte siempre de ese todo, No es necesario hacer evaluación de convencionalidad aparte del juicio de constitucionalidad de tal suerte que una violación directa de la Convención sobre los Derechos del Niño, es a su vez una violación directa de la Constitución. De forma similar, el Código de la Infancia y la Adolescencia no se puede leer como opuesto o en tensión con la Constitución o la Convención, pues si una regla inconstitucional y, por tanto, ilegal. Este es pues, el principio de Integralidad del Orden Constitucional. (...)4.1.3 **Por su parte la jurisprudencia de esta Corte, al interpretar tales mandatos, ha reconocido que los niños tienen el status de sujetos de protección constitucional reforzada, condición que se hace manifiesta**

-entre otros efectos- en el carácter superior y prevaleciente de sus derechos e intereses, cuya satisfacción debe constituir el objetivo primario de toda actuación que les concierna. En este sentido, se han establecido unos criterios jurídicos relevantes a la hora de determinar el interés superior de los niños, en caso de que sus derechos o intereses se encuentren en conflicto con los de sus padres u otras personas que de alguna manera se vean involucradas. Reglas que fueron sintetizadas por la Sentencia T-044 de 2014, como se detalla a continuación.

- a. " Deber de garantizar el desarrollo integral del niño o la niña;***
- b. Deber de garantizar las condiciones necesarias para el ejercicio pleno de los derechos del niño o la niña;***
- c. Deber de proteger al niño o niña de riesgos prohibidos;***
- d. Deber de equilibrar los derechos de los niños y los derechos de sus familiares. Teniendo en cuenta que, si se altera dicho equilibrio, debe adoptarse la decisión que mejor satisfaga los derechos de los niños;***
- e. Deber de garantizar un ambiente familiar apto para el desarrollo del niño y la niña; y***
- f. Deber de justificar con razones de peso, la intervención del Estado en las relaciones materno/paternas filiales.***
- g. Deber de evitar cambios desfavorables en la condición de las o los niños involucrados.***

4.1.4 En conclusión, los niños, niñas y adolescentes no sólo son sujetos de derechos, sino que sus intereses prevalecen en el ordenamiento jurídico. Así siempre que se protejan las prerrogativas a su favor, tanto las disposiciones nacionales como las internacionales deben ser tenidas en cuenta en su integridad, eludiendo la hermenéutica descontextualizada de las normas aisladamente consideradas. Lo que significa que tan solo "Cuando las decisiones del estado están siendo acompañadas de principios" es cuando, "el derecho está justificado y se estaría actuando con integridad". "

4.2 Es una obligación del Estado proteger y restaurar las relaciones materno filiales – requisitos y condiciones que justifican una intervención estatal en el ámbito constitucionalmente protegido de la familia-

El Código de la Infancia y la Adolescencia en los artículos 50 y 51 señala que el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes es una obligación del estado y consiste en la restauración de su dignidad e integridad como sujeto y de su capacidad de hacer un ejercicio efectivo de las prerrogativas que han sido vulneradas. En ese orden, y en atención a las circunstancias fácticas del proceso bajo revisión , en el cual está por medio la definición de la

permanencia de un niño y su madre, quien tiene una discapacidad cognitiva , la Corte considera que los siguientes parámetros jurídicos son relevantes para adoptar una decisión que en forma simultánea, respete la Carta Política y materialice el interés superior del niño , teniendo en cuenta dos pilares propios del sistema de protección i: (i)la necesidad de preservar el derecho del niño a tener una familia y no ser separado de ella; y (ii) las corresponsabilidades o responsabilidades compartidas conducentes a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.”

4.2.1 EL DERECHO A TENER UNA FAMILIA Y NO SER SEPARADO DE ELLA

4.2.1.1 Esta Corte ha exaltado el derecho fundamental de los niños a permanecer con su familia y ha concluido que el Estado puede intervenir solo de manera excepcional para interrumpir dicha premisa. En los casos en los que es evidente que la familia no tiene la capacidad de brindarle al niño un ambiente de felicidad amor y comprensión. Así existe en nuestro ordenamiento jurídico una presunción a favor de la familia según la cual, el Estado tiene que entrar a intervenir en la vida familiar únicamente cuando aquella “no sea apta para cumplir con los cometidos básicos que le competen en relación con los niños , las niñas y adolescentes, o represente un riesgo para su desarrollo integral y armónico”.

4.2.1.2 Las razones que conllevan a separar a un niño de su familia, deben ser suficientemente fuertes y relevantes, pues de lo contrario se podría estar incurriendo en una vulneración contra la familia como núcleo fundamental de la sociedad por esto la Corte ha considerado que existen razones que por si mismas no constituyen un argumento suficiente y válido para separar a un niño de su familia, pues para ello “resulta altamente relevante establecer los antecedentes de conducta de los padres o acudientes frente al menor o frente a sus otros hijos, analizando – entre otros – si han manifestado un patrón consistente de cuidado y dedicación , y cuál ha sido su conducta ante las autoridades durante los trámites y procedimientos relacionados con el niño...”

Sentencia T-510 de 2003

Claro, la Corte Constitucional de Colombia ha emitido numerosas sentencias en las que enfatiza la importancia del interés superior del niño y la protección de su derecho a no ser separado de sus padres. Una sentencia relevante en este contexto es la Sentencia T-510 de 2003.

En esta sentencia, la Corte Constitucional reitera el principio del interés superior del niño, afirmando que debe ser considerado prioritario en todas las decisiones que les afecten. Además, la Corte resalta que los niños tienen derecho a crecer en el seno de su familia y no deben ser separados de sus padres salvo en circunstancias excepcionales donde se demuestre que su bienestar está en riesgo.

"El interés superior del menor es un principio rector de todas las actuaciones en las que se ven involucrados los niños, niñas y adolescentes, y debe primar sobre cualquier otro interés. En virtud de este principio, las autoridades deben garantizar la permanencia de los menores en el seno de su familia, salvo que existan razones de peso que justifiquen su separación, tales como el maltrato o el abandono."

Sentencia T-550 de 2003

La Sentencia T-550 de 2003 de la Corte Constitucional de Colombia también aborda el interés superior del niño y la importancia de su derecho a no ser separado de sus padres. En esta sentencia, la Corte enfatiza la protección de los derechos fundamentales de los niños, especialmente en situaciones que involucran su custodia y el entorno familiar.

"La separación de los menores de su núcleo familiar es una medida de carácter excepcional que sólo puede adoptarse cuando se encuentre debidamente demostrada la existencia de una situación que ponga en grave riesgo sus derechos fundamentales, tales como el maltrato, la explotación o el abandono. En todo caso, debe garantizarse el interés superior del niño, entendido como el conjunto de bienes necesarios para su desarrollo integral y armónico."

Sentencia T-027 de 2017.

La Corte reitera que el principio del interés superior del niño debe prevalecer en todas las decisiones que les afecten, y que la unidad familiar es esencial para su desarrollo. Salvo situaciones extremas y debidamente justificadas, los niños no deben ser separados de sus padres, ya que esto puede afectar su bienestar emocional y psicológico.

Otra sentencia relevante de la Corte Constitucional de Colombia que aborda el interés superior del niño y el derecho a no ser separado de sus padres es la Sentencia T-027 de 2017.

"La Corte ha sostenido que el interés superior del niño constituye un mandato constitucional que obliga a todas las autoridades a garantizar la protección integral de los derechos de los menores de edad, lo cual incluye, entre otros aspectos, el derecho a crecer en el seno de su familia, a no ser separado de sus padres salvo en casos extremos y justificados, y a recibir amor, comprensión y cuidados por parte de estos."

La Corte Constitucional en la Sentencia T-027 de 2017 también hace hincapié en que cualquier medida que implique la separación de un niño de su familia debe ser

evaluada con extremo cuidado y solo puede ser adoptada cuando se demuestre que es absolutamente necesario para proteger el bienestar del niño.

IV. PRUEBAS:

- 1.-Registro Civil de Nacimiento del Menor José Felipe Mesias Luna
- 2.El nombramiento 11 de julio de 2024 y Aceptación Prórroga para posesión del 31 de julio de 2024, realizado y que se encuentra para posesión en el Juzgado Primero Penal del Circuito de la Ciudad de Tumaco Nariño.
3. Las últimas 2 publicaciones de listas de opción sede en las cuales me encuentro en los primeros puestos de dichos listados, emanado del Consejo Seccional de la Judicatura.
4. Historia Clínica de José Luis Mesias Castrillón y Examen radiológico de Columna.
5. Reporte de Mamografía Digital Bilateral fecha 08 de marzo de 2024
6. Constancia Admisión estudios de especialización Procesal Civil Universidad de Nariño.
7. Calificación de servicios del año 2023, como Citadora del Juzgado Cuarto Civil Municipal de Pasto y como Secretaria en Provisionalidad del Juzgado Tercero de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Pasto.
- 8.- C I R C U L A R PCSJC17-36

V. DECLARACION JURAMENTADA

De conformidad con lo señalado por el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991, manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que no he presentado otra acción de tutela respecto de los mismos hechos y derechos.

VI. NOTIFICACIONES

A LA PARTE ACCIONANTE:

Recibiremos notificaciones en la dirección física Mz.C Casa 13 Villa Alejandría Pasto Nariño. Correo electrónico: slunab@cendoj.ramajudicial.gov.co o al número de teléfono 3136956620.

A LA PARTE ACCIONADA:

Palacio de Justicia Calle 19 No. 23-00 centro Pasto Nariño. correo electrónico:
consecnrn@cendoj.ramajudicial.gov.co

Muy atentamente,

**SANDRA LORENA LUNA BASTIDAS Y COMO REPRESENTANTE DEL MENOR
JOSÉ FELIPE MESÍAS LUNA.**

C.C. No.59.824.659 de Pasto

Citadora Juzgado Cuarto Civil Municipal de Pasto

Cel:3136956620

Correo: slunab@cendoj.ramajudicial.gov.co

JOSE LUÍS MESIAS CASTRILLÓN

C.C. No. 98.385.539 de Pasto

Cel:3177587237



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NO VALIDO PARA IDENTIFICACION
 Indicativo Serial 57481400

NUIP 1.081.286.791

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número 04 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código L 1 W

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

NOTARIA 4 PASTO - COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido MESIAS Segundo Apellido LUNA

Nombre(s) JOSE FELIPE

Fecha de nacimiento Año 2018 Mes ENE Día 11 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 14428101-6

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

Apellidos y nombres completos LUNA PASTIDAS SANDRA LORENA

Documento de identificación (Clase y número) CC 59.824.659

Nacionalidad COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos MESIAS CASTRILLON JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número) CC 98.385.539

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MESIAS CASTRILLON JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número) CC 98.385.539

Firma *Jose Luis Mesias*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2018 Mes ENE Día 17

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SONIA PATRICIA BUCHELI CALDERÓN

Nombre y firma *Sonia Buceli*

Imp. por DINAMI S.A. PRECIO \$2.500.000. El tamaño para IMPRIMIR es NACIONAL DE COLOMBIA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

23481400

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO





Sandra Luna <slunabastidas@gmail.com>

OFICIO 632 NOMBRAMIENTO ESCRIBIENTE EN PROPIEDAD

Juzgado 01 Penal Circuito - Nariño - San Andrés De Tumaco
<j01pctotum@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Para: "slunabastidas@gmail.com" <slunabastidas@gmail.com>

11 de julio de 2024,
16:19

San Andrés Tumaco, julio 11 de 2024

Oficio No. JPCT-AR-632

Señorita
LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA
E-mail: slunabastidas@gmail.com
Celular No. 3136956620
Ciudad

Cordial saludo.

De manera comedida y en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo segundo de la resolución No.12 de la fecha, de la cual se adjunta copia en formato PDF, me permito comunicarle el contenido de la misma, con el fin de que se sirva manifestar si acepta o no tal nombramiento, en los términos previstos en el artículo 133 de la Ley 270 de 1996.

Atentamente,

CARLOS ARMANDO GUERRERO DIAZ
Secretario

RESOLUCIÓN No.12

(julio 11 de 2024)

Por medio de la cual se hace un nombramiento en propiedad

EL SUSCRITO JUEZ PRIMERO PENAL DEL CIRCUITO DE TUMACO NARIÑO, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY 270 DE 1996, Y....

C O N S I D E R A N D O:

Que a través de correo electrónico del 27 de octubre del año 2022, la Sala Administrativa del Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño remitió a este Despacho, en documento PDF el Acuerdo No.CSJNAA22-301 de octubre 27 de 2022, mediante el cual se formula ante este Despacho, la lista de elegibles para la designación en propiedad del cargo de “Escribiente de Juzgado de Circuito Nominado (N)”, el cual se encuentra en vacancia definitiva; siendo conformada esta lista por un total de 22 aspirantes, entre los cuales ocupa el onceavo lugar la señorita LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA, identificada con la [C.C.No. 59.824.659](#)

Que para el cumplimiento del citado Acuerdo este Despacho inicio el nombramiento con el primero de la lista y luego con los que le sucedieron, sin que hasta la presente fecha el cargo haya sido aceptado por parte de quienes fueron nombrados para ocupar el cargo en propiedad, de “Escribiente de Juzgado de Circuito Nominado (N)”

Que las dos primeras personas nombradas en orden descendente de la lista de elegibles, en sendos escritos enviados a nuestro correo institucional dentro del término legal, manifestaron no aceptar el nombramiento; la tercera, inicialmente acepto el nombramiento luego solicito prórroga para tomar posesión del cargo y posteriormente dentro del término de la prórroga, renunció al nombramiento; la cuarta y quinta de las personas nombradas guardaron absoluto silencio; por su parte la señorita Araujo Chamorro Dayana Liset, luego de haber solicitado el nombramiento y solicitado prórroga para tomar posesión cargo, finalmente declino la aceptación del nombramiento; la séptima de las nombras, informó que ya se encontraba ocupando un cargo similar en el Juzgado Promiscuo de Familia de Barbacoas; la octava de las nombradas, la señorita Ana Lucia Zambrano Rodríguez, quien al ser notificada del nombramiento remitió escrito manifestando únicamente “no acepto el nombramiento”; la novena, la señorita Castro Calderón Gleni Elisabeth guardo absoluto silencio y el décimo en ser nombrado Christian Camilo Fierro Pazos en escrito enviado a nuestro correo institucional comunicó la NO aceptación del nombramiento al cargo de Escribiente en Propiedad, por encontrarse “laborando en propiedad dentro de la Rama Judicial”

Que le corresponde a este Despacho como Autoridad Nominadora, y por la vigencia de la lista de elegibles contenida en el mencionado Acuerdo remitido a este Despacho, proceder al nombramiento, en la forma y términos establecidos en los Artículos 133 y 167 de la Ley 270 de 1996, Estatutaria de la Administración de Justicia,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - NOMBRAR en el cargo de “Escribiente de Juzgado de Circuito Nominado (N)” de este Juzgado, EN PROPIEDAD, a la señorita LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA, identificada con la [C.C.No. 59.824.659](#)

ARTICULO SEGUNDO. – De esta determinación comuníquese a la interesada, para que informe al Despacho si acepta o no el nombramiento, dentro del término previsto en el artículo 133 de la Ley 270 de 1996.

ARTICULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha; copia de la misma envíese en forma inmediata a la Sala Administrativa del consejo Seccional de la Judicatura de Nariño y a la Oficina de Recursos

Humanos de la Dirección Seccional de Administración Judicial de la ciudad de Pasto, para lo de su cargo.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE:

JORGE ROBERTO ALVARADO VILLARREAL

Juez

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

2 adjuntos



oficio 632 notif. resolución 12.pdf
96K



resolucion No.12 del 11072024.pdf
281K

Juzgado Primero Penal de Circuito
Tumaco - Nariño

RESOLUCIÓN No.12

(julio 11 de 2024)

Por medio de la cual se hace un nombramiento en propiedad

EL SUSCRITO JUEZ PRIMERO PENAL DEL CIRCUITO DE TUMACO NARIÑO, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY 270 DE 1996, Y....

CONSIDERANDO:

Que a través de correo electrónico del 27 de octubre del año 2022, la Sala Administrativa del Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño remitió a este Despacho, en documento PDF el Acuerdo No.CSJNAA22-301 de octubre 27 de 2022, mediante el cual se formula ante este Despacho, la lista de elegibles para la designación en propiedad del cargo de “Escribiente de Juzgado de Circuito Nominado (N)”, el cual se encuentra en vacancia definitiva; siendo conformada esta lista por un total de 22 aspirantes, entre los cuales ocupa el onceavo lugar la señorita LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA, identificada con la C.C.No. 59.824.659

Que para el cumplimiento del citado Acuerdo este Despacho inicio el nombramiento con el primero de la lista y luego con los que le sucedieron, sin que hasta la presente fecha el cargo haya sido aceptado por parte de quienes fueron nombrados para ocupar el cargo en propiedad, de “Escribiente de Juzgado de Circuito Nominado (N)”

Que las dos primeras personas nombradas en orden descendente de la lista de elegibles, en sendos escritos enviados a nuestro correo institucional dentro del término legal, manifestaron no aceptar el nombramiento; la tercera, inicialmente acepto el nombramiento luego solicito prórroga para tomar posesión del cargo y posteriormente dentro del término de la prórroga, renunció al nombramiento; la cuarta y quinta de las personas nombradas guardaron absoluto silencio; por su parte la señorita Araujo Chamorro Dayana Liset, luego de haber solicitado el nombramiento y solicitado prórroga para tomar posesión cargo, finalmente declino la aceptación del nombramiento; la séptima de las nombradas, informó que ya se encontraba ocupando un cargo similar en el Juzgado Promiscuo de Familia de Barbacoas; la octava de las nombradas, la señorita Ana Lucia Zambrano Rodríguez, quien al ser notificada del nombramiento remitió escrito

Juzgado Primero Penal de Circuito
Tumaco - Nariño

manifestando únicamente “no acepto el nombramiento”; la novena, la señorita Castro Calderón Gleni Elisabeth guardo absoluto silencio y el décimo en ser nombrado Christian Camilo Fierro Pazos en escrito enviado a nuestro correo institucional comunicó la NO aceptación del nombramiento al cargo de Escribiente en Propiedad, por encontrarse “laborando en propiedad dentro de la Rama Judicial”

Que le corresponde a este Despacho como Autoridad Nominadora, y por la vigencia de la lista de elegibles contenida en el mencionado Acuerdo remitido a este Despacho, proceder al nombramiento, en la forma y términos establecidos en los Artículos 133 y 167 de la Ley 270 de 1996, Estatutaria de la Administración de Justicia,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - NOMBRAR en el cargo de “Escribiente de Juzgado de Circuito Nominado (N)” de este Juzgado, EN PROPIEDAD, a la señorita LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA, identificada con la C.C.No. 59.824.659

ARTICULO SEGUNDO. – De esta determinación comuníquese a la interesada, para que informe al Despacho si acepta o no el nombramiento, dentro del término previsto en el artículo 133 de la Ley 270 de 1996.

ARTICULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha; copia de la misma envíese en forma inmediata a la Sala Administrativa del consejo Seccional de la Judicatura de Nariño y a la Oficina de Recursos Humanos de la Dirección Seccional de Administración Judicial de la ciudad de Pasto, para lo de su cargo.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE:



JORGE ROBERTO ALVARADO VILLARREAL
Juez



Sandra Luna <slunabastidas@gmail.com>

OFICIO 635 RESOLUCION 13 CONCEDE PRORROGA

Juzgado 01 Penal Circuito - Nariño - San Andrés De Tumaco
<j01pctotum@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Para: "slunabastidas@gmail.com" <slunabastidas@gmail.com>

31 de julio de 2024,
17:40

San Andrés Tumaco, julio 31 de 2024
Oficio No. JPCT-AR-635

Señorita
LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA
E-mail: slunabastidas@gmail.com
Celular No. 3136956620
Ciudad

Cordial saludo.

De manera comedida me permito remitir copia de la Resolución No.013 de fecha 25/07/24, mediante la cual se acepta su solicitud de prórroga para tomar posesión del cargo de escribiente en este Juzgado.

Atentamente,

CARLOS ARMANDO GUERRERO DIAZ
Secretario

RESOLUCIÓN No.13**(julio 25 de 2024)****Por medio de la cual se concede una prórroga para la posesión de un cargo****EL SUSCRITO JUEZ PRIMERO PENAL DEL CIRCUITO DE TUMACO NARIÑO, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY 270 DE 1996, Y....****C O N S I D E R A N D O:**

Que a través de correo electrónico del 27 de octubre del año 2022, la Sala Administrativa del Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño remitió a este Despacho, en documento PDF el Acuerdo No.CSJNAA22-301 de octubre 27 de 2022, mediante el cual se formula ante este Despacho, la lista de

elegibles para la designación en propiedad del cargo de “Escribiente de Juzgado de Circuito Nominado (N)”, el cual se encuentra en vacancia definitiva; siendo conformada esta lista por un total de 22 aspirantes, entre los cuales la señorita LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA, identificada con la **C.C.No. 59.824.659** ocupa el onceavo lugar, por lo cual el Despacho procedió a su nombramiento mediante resolución No.12 del 11 de julio de 2024, luego de que ninguno de sus antecesores, aceptara el nombramiento.

Que con oficio No. Oficio No. JPCT-AR-632 del 11 de julio de 2024 remitido a su correo slunabastidas@gmail.com le fue comunicada tal designación y a través de este mismo medio, el 22 de julio de 2024 a las 16:52 horas la señorita Luna Bastidas Sandra Lorena confirma su aceptación al nombramiento de escribiente y a la vez solicita prórroga, para tomar posesión del cargo, toda vez que debe realizar la entrega del cargo de citadora que viene desempeñando en el Juzgado Cuarto Civil Municipal de la ciudad de Pasto.

Al respecto se debe señalar inicialmente que la petición fue presentada dentro del término legal y en cuanto a la motivación de su petición, se considera justa y suficiente para atender de manera favorable la anterior solicitud de prórroga presentada dentro del término legal, por parte de la señorita Luna Bastidas Sandra Lorena

Que le corresponde a este Despacho como Autoridad Nominadora, dar aplicación al contenido del párrafo único del Artículo 133 de la Ley 270 de 1996 el cual establece: “El término para la posesión en el cargo podrá ser prorrogado por el nominador por una sola vez, siempre que considere justa la causa invocada y que la solicitud se formule antes del vencimiento.”

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - Conceder a la señorita Luna Bastidas Sandra Lorena el término de quince (15) días hábiles, contados a partir del siguiente día hábil a la comunicación de esta resolución, para que tome posesión del cargo en propiedad de “Escribiente de Juzgado de Circuito Nominado (N)” de este Juzgado, para el cual fue nombrada mediante resolución No.12 del 11 de julio del presente año.

ARTICULO SEGUNDO. – De esta determinación comuníquese a la interesada, a través de su correo electrónico personal suministrado en el Acuerdo No. CSJNAA22-229 de junio 8 de 2022.

ARTICULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha; copia de la misma envíese en forma inmediata a la Sala Administrativa del consejo Seccional de la Judicatura de Nariño y a la Oficina de Recursos Humanos de la Dirección Seccional de Administración Judicial de la ciudad de Pasto, para lo de su cargo.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE:

JORGE ROBERTO ALVARADO VILLARREAL
Juez

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

2 adjuntos

oficio 635 notif. a SandraLorena resolución 13.pdf

124K



resolucion No.13 del 25072024 PRORROGA .pdf

287K

Juzgado Primero Penal de Circuito
Tumaco - Nariño

RESOLUCIÓN No.13

(julio 25 de 2024)

Por medio de la cual se concede una prórroga para la posesión de un cargo

EL SUSCRITO JUEZ PRIMERO PENAL DEL CIRCUITO DE TUMACO NARIÑO, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY 270 DE 1996, Y....

C O N S I D E R A N D O:

Que a través de correo electrónico del 27 de octubre del año 2022, la Sala Administrativa del Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño remitió a este Despacho, en documento PDF el Acuerdo No.CSJNAA22-301 de octubre 27 de 2022, mediante el cual se formula ante este Despacho, la lista de elegibles para la designación en propiedad del cargo de “Escribiente de Juzgado de Circuito Nominado (N)”, el cual se encuentra en vacancia definitiva; siendo conformada esta lista por un total de 22 aspirantes, entre los cuales la señorita LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA, identificada con la C.C.No. 59.824.659 ocupa el onceavo lugar, por lo cual el Despacho procedió a su nombramiento mediante resolución No.12 del 11 de julio de 2024, luego de que ninguno de sus antecesores, aceptara el nombramiento.

Que con oficio No. Oficio No. JPCT-AR-632 del 11 de julio de 2024 remitido a su correo slunabastidas@gmail.com le fue comunicada tal designación y a través de este mismo medio, el 22 de julio de 2024 a las 16:52 horas la señorita Luna Bastidas Sandra Lorena confirma su aceptación al nombramiento de escribiente y a la vez solicita prórroga, para tomar posesión del cargo, toda vez que debe realizar la entrega del cargo de citadora que viene desempeñando en el Juzgado Cuarto Civil Municipal de la ciudad de Pasto.

Al respecto se debe señalar inicialmente que la petición fue presentada dentro del término legal y en cuanto a la motivación de su petición, se considera justa y suficiente para atender de manera favorable la anterior solicitud de prórroga presentada dentro del término legal, por parte de la señorita Luna Bastidas Sandra Lorena

Que le corresponde a este Despacho como Autoridad Nominadora, dar aplicación al contenido del párrafo único del Artículo 133 de la Ley 270 de 1996 el cual establece: “El término para la posesión en el cargo podrá ser prorrogado por el nominador por una sola vez, siempre que considere justa la causa invocada y que la solicitud se formule antes del vencimiento.”

*Juzgado Primero Penal de Circuito
Tumaco - Nariño*

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - Conceder a la señorita Luna Bastidas Sandra Lorena el término de quince (15) días hábiles, contados a partir del siguiente día hábil a la comunicación de esta resolución, para que tome posesión del cargo en propiedad de "Escribiente de Juzgado de Circuito Nominado (N)" de este Juzgado, para el cual fue nombrada mediante resolución No.12 del 11 de julio del presente año.

ARTICULO SEGUNDO. – De esta determinación comuníquese a la interesada, a través de su correo electrónico personal suministrado en el Acuerdo No. CSJNAA22-229 de junio 8 de 2022.

ARTICULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha; copia de la misma envíese en forma inmediata a la Sala Administrativa del consejo Seccional de la Judicatura de Nariño y a la Oficina de Recursos Humanos de la Dirección Seccional de Administración Judicial de la ciudad de Pasto, para lo de su cargo.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE:



JORGE ROBERTO ALVARADO VILLARREAL
Juez



FORMATO CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS
EMPLEADOS CON FUNCIONES JURÍDICAS
ACUERDO PSAA16-10618 de 2016

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL EMPLEADO

APELLIDOS	SANDRA LORENA		NOMBRES	LUNA BASTIDAS	
CÉDULA	59.824.659		CARGO EN CARRERA	CITADORA	
	JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE PASTO			PASTO	
DEPORACIÓN O JUZGADO			MUNICIPIO		
CARGO EN PROVISIONALIDAD	SECRETARIA	DESPACHO	JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE PASTO	DESDE	HASTA
				30 01 23	31 01 24
PERIODO EVALUADO	DESDE	Día	Mes	Año	HASTA
		3 0	0 1	2 3	3 1
					1 2
					2 3
FECHA DE LA EVALUACIÓN		Día	Mes	Año	
		2 2	0 3	2 4	

1. CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS

2.1. FACTOR CALIDAD

La calificación de este factor se fundamenta en el análisis del cumplimiento de las funciones asignadas al cargo.

SUBFACTORES	INDICADORES	PUNTAJE
2.1.1. Manejo de procesos, audiencias y diligencias	Control de términos.	9
	Diligenciamiento y control de otros actos procesales y/o judiciales administrativos.	8
2.1.2. Análisis de los proyectos de providencias y otros actos	Identificación del Problema Jurídico.	4
	Argumentación normativa y jurisprudencial, doctrinaria o bloque de constitucionalidad, aplicación de normas y estándares internacionales de Derechos Humanos vigentes para Colombia, cuando sea el caso y aplicación del principio de igualdad y no discriminación por razón del género y del enfoque diferencial de derechos humanos.	4
	Argumentación y valoración probatoria.	3
	Estructura de los proyectos de providencia y demás actuaciones.	1
	Redacción, estética y ortografía de las decisiones.	1
	Síntesis del proyecto de providencia o motivación breve y precisa.	1
TOTAL FACTOR CALIDAD (Máximo 42 Puntos)		31

2.2. FACTOR EFICIENCIA O RENDIMIENTO

La Calificación de este factor, se realiza con fundamento en la relación cuantitativa de las tareas, actividades y trabajos realizados durante el periodo teniendo en cuenta las funciones y responsabilidades asignadas al cargo y su nivel de contribución a los objetivos y metas del despacho.

SUBFACTORES	INDICADORES	PUNTAJE
Eficiencia o Rendimiento	La cantidad o número de actividades realizadas presenta un nivel de rendimiento acorde con las asignadas durante el periodo.	29
	Contribución al cumplimiento de los objetivos del despacho o dependencia y de las actividades encomendadas relacionadas con las funciones del cargo.	5
	Cumplimiento en la atención de usuarios y el suministro de información en los casos autorizados por el superior y/o la Ley.	6
TOTAL FACTOR EFICIENCIA O RENDIMIENTO (MÁXIMO 45 PUNTOS)		40

2.3. FACTOR ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

La calificación de este factor comprende la organización de las tareas; atención al público, administración de los recursos estatales y presentación del despacho y la participación en cursos de formación judicial, en este último caso, en el evento en que hubiere sido convocado, el empleado:

SUBFACTORES	INDICADORES	PUNTAJE
2.3.1. Organización de las tareas	Utiliza adecuadamente las tecnologías de la información y las comunicaciones en la gestión y trámite de los procesos judiciales, con el fin de facilitar y agilizar el acceso de la justicia, así como ampliar su cobertura.	2
	Acata los Acuerdos proferidos por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura, en lo pertinente sobre la regulación de los trámites judiciales y administrativos que se adelanten en el despacho.	2
	Demuestra comportamientos acordes con la solemnidad y el decoro que imponen las actuaciones judiciales.	2
2.3.2. Atención al público	Brinda atención a los usuarios, compañeros de trabajo y/o superiores de manera ágil, precisa y cortés.	2
2.3.3. Administración de los recursos estatales y presentación del despacho.	Conserva y utiliza racionalmente los recursos y elementos de trabajo que dispone para el cumplimiento de sus funciones.	1
	Presenta con pulcritud y organización su sitio de trabajo.	1



**FORMATO CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS
EMPLEADOS CON FUNCIONES JURÍDICAS
ACUERDO PSAA16-10618 de 2016**

2.3.4. Participación en cursos de formación judicial.	Se analiza la participación en todas las etapas de los procesos de formación impartidos por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura a través de la Escuela Judicial "Rodrigo Lara Bonilla".	En caso de que el empleado no haya sido convocado durante el período a algún curso, el puntaje se asignará al subfactor atención al público (1 punto).	0
TOTAL FACTOR ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO (MÁXIMO 12 PUNTOS)			10

2.4. FACTOR PUBLICACIONES		
La calificación en este factor contendrá los criterios de: originalidad; calidad científica, académica o pedagógica; la relevancia y pertinencia de los trabajos; la contribución a la gestión judicial y que reúnan las calidades y condiciones para ser útiles a la práctica judicial y las demás que determine la reglamentación.		
<ul style="list-style-type: none"> Libros, artículos o ensayos publicados. 	PUNTAJE 0	
TOTAL DEL FACTOR PUBLICACIONES (Máximo 1 Punto)		0

2. MOTIVACIÓN DE LA CALIFICACIÓN.
(Diligenciar obligatoriamente) Si el espacio es insuficiente utilice hojas adicionales, las cuales deberá anexar al presente acto administrativo.

Se denota amabilidad en la atención de los usuarios y compañeros del juzgado, así como un adecuado uso de los elementos informáticos y físicos del despacho.

Existió la necesidad de implementar un plan de mejoramiento, para el cabal desarrollo de las funciones del cargo, respecto del cual se observó compromiso en el desarrollo del mismo; en todo caso el desempeño fue bueno en el periodo a evaluar.

Observación. Se efectúa la calificación en el presente formato, en atención a las funciones jurídicas cumplidas en el periodo a evaluar, por la Secretaria del despacho.

3. CALIFICACIÓN INTEGRAL – PUNTAJE TOTAL (Calidad + Eficiencia o Rendimiento + Organización del Trabajo + Publicaciones)		81
SATISFACTORIA	EXCELENTE	-
	BUENA	81
INSATISFACTORIA		

4. RESOLUCIÓN
(Sólo para calificaciones insatisfactorias)

La calificación integral insatisfactoria de servicios de los empleados implica la exclusión de la carrera judicial y el retiro del servicio (artículos 171 y 173 de la Ley 270 de 1996), decisiones que deben proferirse por el respectivo superior jerárquico, en el mismo acto administrativo (artículo 10 del Acuerdo PSAA16-10618 de 2016). La calificación insatisfactoria de servicios tiene efectos legales respecto del cargo en el cual el empleado se encuentra vinculado por el sistema de carrera judicial. (Parágrafo del artículo 10 del Acuerdo PSAA16-10618 de 2016).

MOTIVACIÓN:

RESUELVE:

PRIMERO: Calificar insatisfactoriamente los servicios prestados por _____, conforme al contenido del presente formulario, durante el período comprendido entre el día (____) del mes de _____ del año (____) y el día (____) del mes de _____ del año (____).

SEGUNDO: Retirar del servicio a _____, del cargo de _____, por calificación insatisfactoria de servicios.

TERCERO: La presente calificación insatisfactoria de servicios produce la exclusión de _____ de la carrera judicial, del cargo de _____, al cual se encuentra vinculado por dicho régimen.

CUARTO: Contra el presente acto administrativo procede el recurso de reposición.

QUINTO: Notifíquese el presente acto administrativo al interesado de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

SEXTO: En firme este acto administrativo, comuníquese de inmediato la exclusión del régimen de carrera judicial, a la Sala Administrativa del Consejo Superior o Seccional de la Judicatura, según el caso, para su anotación en el Registro Nacional del Escalafón de la Carrera Judicial (artículo 10 del Acuerdo PSAA16-10618 de 2016).

Dada en _____ a los (____) días del mes de _____ del año (____).



**FORMATO CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS
EMPLEADOS CON FUNCIONES JURÍDICAS
ACUERDO PSAA16-10618 de 2016**

5. CALIFICADOR

APELLIDOS	<u>BELALCAZAR REVELO</u>	NOMBRES	<u>SILVIO ALEXANDER</u>
CARGO	<u>JUEZ 3 PCCM PASTO</u>	FIRMA	

NOTIFICACIÓN

En Pasto a los (22) días del mes de marzo del año 2024, se notifica personalmente al (la) señor (a) Sandra Lorena Luna Bastidas, identificada (a) con la cédula de ciudadanía No. 59.824.659 expedida en Pasto, el presente acto administrativo.

Se hace saber al interesado (a) que contra este acto administrativo procede el recurso de reposición, ante quien profirió la decisión, del cual podrá hacer uso por escrito, en esta diligencia de notificación o dentro de los diez (10) días siguientes. Se deja constancia de que, con el fin de dar cumplimiento a lo ordenado en el artículo 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se entrega al(a) notificado(a) copia íntegra, auténtica y gratuita del presente acto administrativo.

El (la) notificado (a),

Quien notifica,



C.C. No. 59.824.659 expedida en Pasto

C.C. No. 1.085.264.593 de Pasto

Nombre: Sandra Lorena Luna Bastidas

Nombre: Silvio Alexander Belalcázar Revelo



**FORMATO CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS
EMPLEADOS CON FUNCIONES JURÍDICAS
ACUERDO PSAA16-10618 de 2016**

- 2.3.4.** Participación en cursos de formación judicial. Se analiza la participación en todas las etapas de los procesos de formación impartidos por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura a través de la Escuela Judicial "Rodrigo Lara Bonilla". En la casilla registre de 0 a 1 punto.
En caso de que el empleado no haya sido convocado durante el período a ninguno de los procesos de formación impartidos por la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, el puntaje se asignará al subfactor atención al público.

2.4. Factor Publicaciones: Escriba el resultado obtenido en este factor sin sobrepasar un (1) punto.

3. MOTIVACIÓN DE LA EVALUACIÓN

El superior jerárquico deberá dejar constancia expresa de los aspectos del seguimiento, que ameritaron en cada indicador, la puntuación respectiva, guardando coherencia entre la motivación y el puntaje asignado.

4. CALIFICACIÓN INTEGRAL.

Registre el resultado de sumar los puntajes obtenidos en los anteriores Factores. Si el resultado tiene decimales, haga la aproximación únicamente respecto al resultado final. La aproximación se hará así: si el resultado arroja punto 0.50 o más, aproxime al entero siguiente. Si el resultado arroja menos de punto 0.50, aproxime al entero inmediatamente anterior: Ej. 84.5 coloque = 85.00; y si es 84.3, coloque = 84.00. En todo caso la suma de los factores no debe superar los 100%.

La Calificación es Satisfactoria si se encuentra entre 60 y 100 puntos. Marque una X en la casilla que corresponda, observando que el resultado esté dentro de los siguientes rangos: EXCELENTE de 85 a 100 y BUENA de 60 a 84.

La Evaluación es Insatisfactoria cuando la calificación integral se encuentra entre 0 y 59 puntos. Dicho resultado dará lugar al retiro de la carrera judicial y a informar del acto debidamente ejecutoriado al nominador para que proceda al retiro del servicio.

5. RESOLUCIÓN.

Solamente se debe diligenciar en el evento en que la calificación sea insatisfactoria.

6. FIRMA DEL EVALUADOR

Escriba los apellidos, el Nombre, el cargo y el despacho del Superior Jerárquico del empleado que consolidó la calificación integral de servicios.

7. NOTIFICACIÓN

Diligencie al momento de notificar el acto administrativo al empleado calificado.



**FORMATO CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS
EMPLEADOS SIN FUNCIONES JURÍDICAS
ACUERDO PSAA16-10618 de 2016**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL EMPLEADO

LUNA BASTIDAS		SANDRA LUNA	
APellidos	NOMBRES		
59.824.659			
CÉDULA	CARGO EN	CITADORA	02 09 2002
	CARRERA	DESDE	
CORPORACIÓN O JUZGADO	MUNICIPIO		Pasto
CARGO EN PROVISIONALIDAD	DESDE	DESDE	HASTA
	DESDE	DESDE	HASTA
PERIODO EVALUADO	DESDE	HASTA	
	DESDE	HASTA	
FECHA DE LA EVALUACIÓN			

1. CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS

2.1. FACTOR CALIDAD		
La calificación de este factor se fundamenta en el análisis del cumplimiento de las funciones asignadas al cargo.		
SUBFACTORES	INDICADORES	PUNTAJE
Análisis y Cumplimiento de Funciones	Entrega oportunamente los trabajos asignados.	2
	Verifica el contenido, exactitud y la ausencia de errores en el trabajo realizado.	5
	Comprende y domina las tareas asignadas.	4
	Presentación, manejo gramatical y ortografía de los trabajos asignados.	8
	Maneja en la debida forma los expedientes, documentos, archivo e información, de conformidad con las disposiciones legales y constitucionales.	5
	Atiende y suministra información a los usuarios internos y externos.	4
TOTAL FACTOR CALIDAD (Máximo 42 Puntos)		28

2.2. FACTOR EFICIENCIA O RENDIMIENTO		
La Calificación de este factor, se realiza con fundamento en la relación cuantitativa de las tareas, actividades y trabajos realizados durante el periodo teniendo en cuenta las funciones y responsabilidades asignadas al cargo y su nivel de contribución a los objetivos y metas del despacho.		
SUBFACTORES	INDICADORES	PUNTAJE
Eficiencia o Rendimiento	La cantidad o número de actividades realizadas presenta un nivel de rendimiento acorde con las asignadas durante el periodo.	31
	Contribución al cumplimiento de los objetivos del despacho o dependencia y de las actividades encomendadas relacionadas con las funciones del cargo.	4
	Cumplimiento en la atención de usuarios y el suministro de información en los casos autorizados por el superior y/o la Ley.	8
TOTAL FACTOR EFICIENCIA O RENDIMIENTO (MÁXIMO 45 PUNTOS)		44

2.3. FACTOR ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO		
La calificación de este factor comprende la organización de las tareas; atención al público, administración de los recursos estatales y presentación del despacho, y la participación en cursos de formación judicial, en este último caso, en el evento en que hubiere sido convocado, el empleado.		
SUBFACTORES	INDICADORES	PUNTAJE
2.3.1. Organización de las tareas	Utiliza adecuadamente las tecnologías de la información y las comunicaciones en la gestión y trámite de los procesos judiciales, con el fin de facilitar y agilizar el acceso de la justicia, así como ampliar su cobertura.	2
	2.3.2. Atención al público	
	2.3.3. Administración de los recursos estatales y presentación del despacho.	
	2.3.4. Participación en cursos de formación judicial.	

e la regulación de los trámites judiciales y administrativos que se adelanten en el despacho.	2
Demuestra comportamientos acordes con la solemnidad y el decoro que imponen las actuaciones judiciales.	2
Brinda atención a los usuarios, compañeros de trabajo y/o superiores de manera ágil, precisa y cortés.	2
Conserva y utiliza racionalmente los recursos y elementos de trabajo que dispone para el cumplimiento de sus funciones.	1
Presenta con pulcritud y organización su sitio de trabajo.	1
Se analiza la participación en todas las etapas de los procesos de formación impartidos por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura a través de la Escuela Judicial "Rodrigo Lara Bonilla".	1
En caso de que el empleado no haya sido convocado durante el período a algún curso, el puntaje se asignará al subfactor atención al público (1 punto).	1
TOTAL FACTOR ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO (MÁXIMO 12 PUNTOS)	11



**FORMATO CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS
EMPLEADOS SIN FUNCIONES JURÍDICAS
ACUERDO PSAA16-10618 de 2016**

2.4. FACTOR PUBLICACIONES

La calificación en este factor contendrá los criterios de: originalidad; calidad científica, académica o pedagógica; la relevancia y pertinencia de los trabajos; la contribución a la gestión judicial y que reúnan las calidades y condiciones para ser útiles a la práctica judicial y las demás que determine la reglamentación.

- Libros, artículos o ensayos publicados.

PUNTAJE

0 - 1

TOTAL DEL FACTOR PUBLICACIONES (Máximo 1 Punto)

0 - 1

2. MOTIVACION DE LA CALIFICACION.

Diligenciar obligatoriamente) Si el espacio es insuficiente utilice hojas adicionales, las cuales deberá anexar al presente acto administrativo. Se le recomienda continuar con la priorización de acciones constitucionales, correcto manejo de expedientes, atención ágil de usuarios, reporte de correo de manera oportuna.

3. CALIFICACION INTEGRAL – PUNTAJE TOTAL (Calidad + Eficiencia o Rendimiento + Organización del Trabajo + Publicaciones)

0 - 100

SATISFACTORIA

EXCELENTE

BUENA

80

INSATISFACTORIA

**4. RESOLUCION
(Sólo para calificaciones insatisfactorias)**

La calificación integral insatisfactoria de servicios de los empleados implica la exclusión de la carrera judicial y el retiro del servicio (artículos 171 y 173 de la Ley 270 de 1996), decisiones que deben proferirse por el respectivo superior jerárquico, en el mismo acto administrativo (artículo 10 del Acuerdo PSAA16-10618 de 2016). La calificación insatisfactoria de servicios tiene efectos legales respecto del cargo en el cual el empleado se encuentra vinculado por el sistema de carrera judicial. (Parágrafo del artículo 10 del Acuerdo PSAA16-10618 de 2016).

MOTIVACIÓN:

RESUELVE:

PRIMERO: Calificar insatisfactoriamente los servicios prestados por _____, conforme al contenido del presente formulario, durante el período comprendido entre el día (____) del mes de _____ del año (____) y el día (____) del mes de _____ del año (____).

SEGUNDO: Retirar del servicio a _____, del cargo de _____, por calificación insatisfactoria de servicios.

TERCERO: La presente calificación insatisfactoria de servicios produce la exclusión de _____ de la carrera judicial, del cargo de _____, al cual se encuentra vinculado por dicho régimen.

CUARTO: Contra el presente acto administrativo procede el recurso de reposición.

QUINTO: Notifíquese el presente acto administrativo al interesado de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

SEXTO: En firme este acto administrativo, comuníquese de inmediato la exclusión del régimen de carrera judicial, a la Sala Administrativa del Consejo Superior o Seccional de la Judicatura, según el caso, para su anotación en el Registro Nacional del Escalafón de la Carrera Judicial (artículo 10 del Acuerdo PSAA16-10618 de 2016).

Dada en _____ a los (____) días del mes de _____ del año (____).

5. CALIFICADOR

APELLIDOS

**NOM
BRE
S**

CARGO

JUEZA

**FIR
MA**



**FORMATO CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS
EMPLEADOS SIN FUNCIONES JURÍDICAS
ACUERDO PSAA16-10618 de 2016**

NOTIFICACIÓN

En _____ a los (____) días del mes de _____ del año (____), se notifica personalmente al (la) señor (a) _____, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, el presente acto administrativo.

Se hace saber al interesado (a) que contra este acto administrativo procede el recurso de reposición, ante quien profirió la decisión, del cual podrá hacer uso por escrito, en esta diligencia de notificación o dentro de los diez (10) días siguientes. Se deja constancia de que, con el fin de dar cumplimiento a lo ordenado en el artículo 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se entrega al(a) notificado(a) copia íntegra, auténtica y gratuita del presente acto administrativo.

El (la) notificado (a),

Quien notifica,

C.C. No.59.824.659 de Pasto

C.C. No. _____ De
27082543

Nombre: SANDRA LORENA LUNA

Nombre: MARTHA YANET VALENCIA SALAS



**FORMATO CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS
EMPLEADOS SIN FUNCIONES JURÍDICAS
ACUERDO PSAA16-10618 de 2016**

INSTRUCTIVO PARA EL FORMULARIO DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE EMPLEADOS

(Utilice un formulario por cada empleado y verifique que el mismo corresponda al cargo del servidor evaluado)

La calificación integral de servicios de empleados corresponderá al control permanente del desempeño que deberá realizar el superior jerárquico, quien llevará el registro trimestral de las tareas asignadas al empleado, conforme a los indicadores previstos para la evaluación de los factores calidad, eficiencia o rendimiento y organización del trabajo y publicaciones, indicando su nivel de cumplimiento y la valoración cualitativa asignada a los trabajos que le fueron encomendados en dicho lapso (Art. 97 y 98 del Acuerdo PSAA16-10618 de 2016).

El superior Jerárquico donde se encuentre el (la) empleado (a) vinculado(a) en propiedad en el cargo, realizará la calificación integral de servicios con un puntaje de 0 a 100 puntos; donde se evaluarán los diferentes factores contemplados en el Acuerdo PSAA16-10618 de 2016.

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL EMPLEADO.

En este ítem el superior deberá registrar la información y datos relacionados con la identificación del empleado a evaluar, diligenciando sus apellidos, nombres; documento de identidad; cargo en el que se encuentra inscrito en Carrera Judicial; Despacho donde tiene la propiedad, fecha de posesión en el cargo de carrera; Municipio y Distrito. Si se desempeña en provisionalidad, y fecha en que fungió en tal situación administrativa; período a evaluar desde y hasta, y la fecha en que se realizó la evaluación de servicios. Escriba con dos dígitos la fecha inicial del período a evaluar y la fecha final del mismo.

Ejemplo:

DESDE

DÍA	MES	AÑO
01	01	2017

 HASTA

DÍA	MES	AÑO
31	12	2017

2. CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS: A cada uno de los factores y subfactores se le han asignado unos indicadores o descriptores con su respectivo rango de puntaje. Registre en la casilla **Total Puntaje** teniendo en cuenta los valores de orientación de las columnas Excelente, Bueno, Insatisfactorio el puntaje que resulte de realizar la respectiva ponderación de las actas de seguimiento sin sobrepasar el puntaje máximo total posible.

2.1. Factor Calidad: la suma de los seis (6) indicadores no debe sobrepasar los 42 puntos.

Análisis y Cumplimiento de Funciones

- a) Entrega oportunamente los trabajos asignados. En la casilla registre de 0 a 8 puntos.
- b) Verifica el contenido, exactitud y la ausencia de errores en el trabajo realizado. En la casilla registre de 0 a 8 puntos.
- c) Comprende y domina las tareas asignadas. En la casilla registre de 0 a 6 puntos.
- d) Presentación, manejo gramatical y ortografía de los trabajos asignados. En la casilla registre de 0 a 8 puntos.
- e) Maneja en la debida forma los expedientes, documentos, archivo e información, de conformidad con las disposiciones legales y constitucionales. En la casilla registre de 0 a 8 puntos.
- f) Atiende y suministra información a los usuarios internos y externos. En la casilla registre de 0 a 4 puntos.

2.2. Factor Eficiencia y Rendimiento: la suma de los tres (3) indicadores no debe sobrepasar los 45 puntos.

- a) La cantidad o número de actividades realizadas presenta un nivel de rendimiento acorde con las asignadas durante el período. En la casilla registre de 0 a 33 puntos.
- b) Contribución al cumplimiento de los objetivos del despacho o dependencia de las actividades encomendadas relacionadas con las funciones del cargo. En la casilla registre de 0 a 6 puntos.
- c) Cumplimiento en la atención de usuarios y el suministro de información en los casos autorizados por el superior y/o la Ley. En la casilla registre de 0 a 6 puntos.

2.3. Factor Organización del Trabajo: la suma de los siete (7) indicadores no debe sobrepasar los 12 puntos.

2.3.1. Organización de las tareas.

- a) Utiliza adecuadamente las tecnologías de la información y las comunicaciones en la gestión y trámite de los procesos judiciales, con el fin de facilitar y agilizar el acceso de la justicia, así como ampliar su cobertura. En la casilla registre de 0 a 2 puntos.
- b) Acata los Acuerdos proferidos por el Consejo Superior de la Judicatura, en lo pertinente sobre la regulación de los trámites judiciales y administrativos que se adelanten en el despacho. En la casilla registre de 0 a 2 puntos.
- c) Demuestra comportamientos acordes con la solemnidad y el decoro que imponen las actuaciones judiciales. En la casilla registre de 0 a 2 puntos.

2.3.2. Atención al público.

- a) Brinda atención a los usuarios, compañeros de trabajo y/o superiores de manera ágil, precisa y cortés. En la casilla registre de 0 a 3 puntos.

2.3.3. Administración de los recursos estatales y presentación del despacho.

- a) Conserva y utiliza racionalmente los recursos y elementos de trabajo que dispone para el cumplimiento de sus funciones. En la casilla registre de 0 a 1 puntos.
- b) Presenta con pulcritud y organización su sitio de trabajo. En la casilla registre de 0 a 1 puntos.



**FORMATO CALIFICACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS
EMPLEADOS SIN FUNCIONES JURÍDICAS
ACUERDO PSAA16-10618 de 2016**

- 2.3.4.** Participación en cursos de formación judicial. Se analiza la participación en todas las etapas de los procesos de formación impartidos por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura a través de la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla”. En la casilla registre de 0 a 1 punto.
En caso de que el empleado no haya sido convocado durante el período a ninguno de los procesos de formación impartidos por la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, el puntaje se asignará al subfactor atención al público.

2.4. Factor Publicaciones: Escriba el resultado obtenido en este factor sin sobrepasar un (1) punto.

3. MOTIVACIÓN DE LA EVALUACIÓN

El superior jerárquico deberá dejar constancia expresa de los aspectos del seguimiento, que ameritaron en cada indicador, la puntuación respectiva, guardando coherencia entre la motivación y el puntaje asignado.

4. CALIFICACIÓN INTEGRAL.

Registre el resultado de sumar los puntajes obtenidos en los anteriores Factores. Si el resultado tiene decimales, haga la aproximación únicamente respecto al resultado final. La aproximación se hará así: si el resultado arroja punto 0.50 o más, aproxime al entero siguiente. Si el resultado arroja menos de punto 0.50, aproxime al entero inmediatamente anterior: Ej. 84.5 coloque = 85.00; y si es 84.3, coloque = 84.00. En todo caso la suma de los factores no debe superar los 100%.

La Calificación es Satisfactoria si se encuentra entre 60 y 100 puntos. Marque una X en la casilla que corresponda, observando que el resultado esté dentro de los siguientes rangos: EXCELENTE de 85 a 100 y BUENA de 60 a 84.

La Evaluación es Insatisfactoria cuando la calificación integral se encuentra entre 0 y 59 puntos. Dicho resultado dará lugar al retiro de la carrera judicial y a informar del acto debidamente ejecutoriado al nominador para que proceda al retiro del servicio.

5. RESOLUCIÓN.

Solamente se debe diligenciar en el evento en que la calificación sea insatisfactoria.

6. FIRMA DEL EVALUADOR

Escriba los apellidos, el Nombre, el cargo y el despacho del Superior Jerárquico del empleado que consolidó la calificación integral de servicios.

7. NOTIFICACIÓN

Diligencie al momento de notificar el acto administrativo al empleado calificado.



C I R C U L A R PCSJC17-36

Fecha: Septiembre 25 de 2017

Para: AUTORIDADES NOMINADORAS DE LA RAMA JUDICIAL

De: PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

Asunto: CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES RELACIONADAS CON LA PROVISIÓN DE LOS EMPLEOS DE CARRERA POR VACANCIA DEFINITIVA O TRANSITORIA.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 4° del Acuerdo Colectivo de 2017, suscrito entre el Consejo Superior de la Judicatura y las organizaciones sindicales ASONAL JUDICIAL S. I., ASONAL JUDICIAL y SINTRANIVELAR COMUNEROS, y con fundamento en las competencias constitucionales y legales del Consejo Superior de la Judicatura, me permito recordarles los lineamientos que deben aplicarse cuando se trate de nombramientos de los empleos de carrera en la Rama Judicial, por vacancia definitiva o transitoria.

Como lo establece la Carta Política, en su artículo 125, los empleos en los órganos y entidades del Estado son de carrera. Se exceptúan los de elección popular, los de libre nombramiento y remoción, los de trabajadores oficiales y los demás que disponga la ley.

En este sentido la Ley 270 de 1996, Estatutaria de la Administración de Justicia, estableció en el artículo 130 la clasificación de los empleos y definió cuáles son de período, de libre nombramiento y remoción y de carrera.

En cuanto a la forma de provisión de los cargos en la Rama Judicial, en el artículo 132 el legislador dispuso que serían en propiedad, en provisionalidad y en encargo.

Ahora bien, tratándose de empleos que corresponden al régimen de carrera judicial, las vacancias definitivas se deben proveer por el sistema de méritos y en caso de vacancia transitoria, según los pronunciamientos de la H. Corte Constitucional, sentencias C-713 de 2008, C-333 de 2012 y 532 de 2013, deben tenerse en cuenta los integrantes de los registros de elegibles vigentes, como lo precisó en los mencionados fallos que por tratar una situación semejante, pueden ser aplicables.

En la sentencia C-713 de 2008, al referirse a la provisión de cargos de manera transitoria, la Corte expresó:

“(…) para garantizar la transparencia en la designación de los jueces y la observancia del mérito como criterio de escogencia, la Corte advierte que ellos deberán ser nombrados de las listas de elegibles integradas en los respectivos concursos de méritos para acceder a la carrera judicial y respetando siempre el orden de prelación.

(...) Ahora bien, es cierto que los jueces de descongestión tienen vocación de transitoriedad y, por lo tanto, sus titulares no pertenecen a la carrera judicial. Sin embargo, la Corte quiere llamar la atención, con especial rigor, para dejar en claro que en virtud de los principios constitucionales de transparencia e igualdad, y del mérito como criterio de acceso a la función pública, su designación hace inexcusable tomar en cuenta y respetar el orden de las listas de elegibles, conformadas por quienes han agotado todas las etapas del concurso de mérito y se encuentran a la espera de su nombramiento definitivo. Sólo de esta manera la creación de jueces de descongestión es compatible con los principios que rigen la función pública y la designación de los jueces, en particular el mérito.”

En la sentencia C-333 de 2012 al realizar un estudio de constitucionalidad sobre la carrera judicial y la provisión de cargos mediante concurso público de méritos, con ocasión de una demanda promovida contra el artículo 67 de la Ley 975 de 2005, referente al sistema de elección de los magistrados de justicia y paz de los Tribunales Superiores de Distrito Judicial, el Tribunal Constitucional reiteró:

(...) En el caso de los funcionarios judiciales de descongestión, se trata de funcionarios que son temporales en su relación con el Estado, pero no en cuanto a su función de administrar justicia. Un cargo de descongestión no vincula a la persona a la carrera judicial y, en tal medida, su vinculación es temporal. Pero para los ciudadanos ello no es así. Si una persona acude a la justicia, le es irrelevante la condición de temporalidad del funcionario, puesto que la sentencia va a tener el mismo valor de cosa juzgada que tendría si se tratara de un funcionario judicial en propiedad, en la carrera administrativa. El principio de igualdad, como lo indica la sentencia T-730 de 2008 en sus consideraciones, demanda un acceso a la justicia y a la protección del derecho en tales condiciones, es decir, en igualdad.

(...)6.3.2. Sin embargo, las distinciones que existen entre la norma analizada en la sentencia C-713 de 2008 y los apartes normativos estudiados en la presente ocasión, no implican en forma alguna, que la exigencia de mérito y calidad que impone la Constitución Política sobre los funcionarios judiciales haya sido dejada de lado.

Es cierto que la función que se encomienda a los jueces de justicia y paz, es especial y particular y puede resultar diferente a la que corresponde a los jueces de descongestión. Pero en uno y otro caso se mantiene la función central y esencial de decir el derecho (iuris dicto) en un caso concreto. Esto es, resolver la tensión de intereses jurídicos tutelados en torno a una serie de pretensiones, decisión que le es confiada mediante las reglas de competencia. Como cualquier juez de la República, las personas que desempeñen este cargo en el contexto de la ley de justicia y paz tienen que contar con la experiencia profesional que se requiere para ejercerlo.

La Sala Plena entiende existen diferencias entre los funcionarios judiciales ordinarios frente a aquellas personas que sean funcionarios de justicia y paz, en virtud de las cuales se pueden justificar sistemas de selección por concurso de mérito que contemplen las especiales y específicas condiciones técnicas y profesionales que



requieren dichos cargos de justicia y paz.¹ Pero tal diferencia, no puede justificar que en el primer caso se requiera cumplir las condiciones de elección pública con base en el mérito y en el segundo no. No existen razones constitucionales para que la escogencia de las personas que serán jueces de justicia y paz no se funde también en un proceso de selección público, transparente y basado en el mérito. Precisamente por la complejidad de su labor, de la cual depende en buena parte lograr salir de una situación de conflicto endémica, sus conocimientos y sus calidades profesionales deben ser relevantes.”

Y en la sentencia C-532 de 2013, la Corte recordó el lineamiento según el cual, el mérito es el criterio preponderante para la provisión de cargos públicos dentro de la administración, siendo el concurso público el mecanismo idóneo para hacerlo efectivo. Al efecto expresó:

(...) tal y como se expuso en la Sentencia C-333 de 2012, y se reitera en esta oportunidad, ello no significa que se pueda prescindir del concurso de méritos para acceder a los cargos reseñados, así sea de manera temporal o transitoria.

(...) en el proceso de selección de los funcionarios judiciales, salvo aquellos que tienen régimen especial consagrado en la Constitución, no se puede prescindir del concurso público de méritos, con el propósito de elegir para dichos cargos a las personas que obtengan los mejores puntajes y, por ende, demuestren objetivamente estar en las mejores condiciones para el desempeño de las funciones propias de su cargo “.

Por lo anterior, de manera respetuosa, me permito exhortar a todos los nominadores de la Rama Judicial a cumplir las disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias, así como a observar los precedentes jurisprudenciales que regulan la provisión de los empleos de carrera en la Rama Judicial por vacancia definitiva o transitoria, orientados siempre por el mérito como criterio de selección.

MARTHA LUCÍA OLANO DE NOGUERA
Presidente

UACJ/CMGR/.

¹ Por ejemplo, los exámenes y estándares para establecer la seguridad de la información a tratar en los casos de justicia y paz, puede suponer evaluaciones de los candidatos que ordinariamente serían irrazonables o desproporcionadas. La gravedad de la información manejada en los procesos de justicia y paz puede demandar características y calidades especiales.



ACUERDO CSJNAA-453 de 2017
LISTA DE ELEGIBLES POR SEDE
CONVOCATORIA 4

Fecha de publicación: dieciocho (18) de junio de dos mil veinticuatro (2024)

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7º del acuerdo número PSAA08-4856 de 2008 proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, se publica la lista de candidatos elegibles, en orden descendente de puntaje, de acuerdo a la manifestación de los concursantes por cada sede, para los siguientes cargos:

CÉDULA		ESCRIBIENTE DE JUZGADO DE CIRCUITO NOMINADO- JUZGADO 002 PROMISCO DEL CIRCUITO DE PUERTO ASÍS	PUNTAJE
1	1030610501	MARTINEZ INSUASTY WILMER ALEXANDER	673,37
2	59824659	LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA	661,06
3	1085319430	GOMEZ PASUY MARIANA VANESSA	652,45
4	1085337159	BENAVIDES GOYES MATEO SEBASTIAN	634,15
5	80004990	CORTES ALVEAR PAULO ANDRES	631,37
6	59832406	MAYA OLIVA SUSANA PATRICIA	603,56
7	1085320878	ROMO VILLA FELIPE ALEJANDRO	600,07
8	37080129	RAMIREZ ENRIQUEZ NATALIA ISABEL	588,84
9	1030547976	PARRA RUBIANO RICARDO ALFONSO	568,85
10	37081431	SAÑUDO ORTIZ GREIS MAGDALIA	539,12
11	1085310575	GOYES BENAVIDES MARIA CAMILA	467,48

MARY GENITH VITERY AGUIRRE
Presidenta

Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño

M.P./Dr. Andres Canal Florez
ACF/MAEV



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño

ACUERDO CSJNAA – 453 de 2017
LISTA DE ELEGIBLES POR SEDE
CONVOCATORIA 4

Fecha de publicación: diez (10) de julio de dos mil veinticuatro (2024)

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7º del acuerdo número PSAA08-4856 de 2008 proferido por el Consejo Superior de la Judicatura y el artículo 167 de la Ley 270 de 1996, se publica la lista de candidatos elegibles, en orden descendente de puntaje, de acuerdo a la manifestación de los concursantes por cada sede, para el siguiente cargo:

CÉDULA		ESCRIBIENTE DE JUZGADO DE CIRCUITO NOMINADO - JUZGADO 001 CIVIL DEL CIRCUITO DE TUQUERRES	PUNTAJE
1	1030610501	MARTINEZ INSUASTY WILMER ALEXANDER	673,37
2	1085244708	JURADO LLERENA LAURA SUSANA	670,56
3	59824659	LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA	661,06
4	1085319430	GOMEZ PASUY MARIANA VANESSA	652,45
5	1085337159	BENAVIDES GOYES MATEO SEBASTIAN	634,15
6	80004990	CORTES ALVEAR PAULO ANDRES	631,37
7	1085320878	ROMO VILLA FELIPE ALEJANDRO	600,07
8	1030547976	PARRA RUBIANO RICARDO ALFONSO	568,85
9	98400592	TIMARAN LOPEZ ELMER RICARDO	537,87
10	36759495	ALMEIDA LÓPEZ PAMELA VANESSA	499,59
11	1085310575	GOYES BENAVIDES MARIA CAMILA	467,48



ANDRES CANAL FLOREZ
Presidente (E.A.F.)

Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño

M.P. /Dra. MARY GENITH VITERI AGUIRRE
MGVA/AMMC

INSTITUTO RADIOLÓGICO

REPORTE DE IMAGENOLOGÍA

Paciente: LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA
Identificación: 59824659
Empresa: EPS SANITAS CONTRIBUTIVO
Ciudad: PASTO
Atención: AMBULATORIO
Fecha: 08/03/2024

Factura: FEPA154482
Admisión: 1839994
Edad: 51 Años
Sexo: Femenino
Teléfono: 3136956620

ESTUDIO : MAMOGRAFÍA DIGITAL BILATERAL- UNIDAD MOVIL

Indicaciones:

Estudio de Tamizaje.

Antecedente: CA de mama derecha. Cuadrantectomía en el 2014. Quimioterapia. Radioterapia. No contamos con estudios previos para comparar.

Hallazgos:

Tejido fibroglandular tipo C de la ACR, lo cual disminuye la sensibilidad del estudio.

En mama derecha se identifica un nódulo de 17 mm, retroareolar, parcialmente definido debido a la densidad del parénquima.

No hay evidencia de distorsión de la arquitectura ni microcalcificaciones sospechosas.

No hay alteraciones en la piel.

No hay adenomegalias axilares.

Conclusiones:

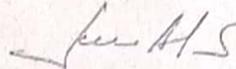
-NÓDULO DE MAMA DERECHA.

- ESTUDIO NO CONCLUYENTE. BI-RADS 0

Se requiere complementar con Ecografía mamaria derecha.

Atentamente,

cg



Dr(a). ALVEAR JUAN CARLOS

R.M.

13368

Esp. MEDICO ESPECIALISTA
EN RADIOLOGIA

NOTA: La presencia de un estudio mamográfico normal no excluye por completo la posibilidad de cáncer seno. Aproximadamente un 15% de lesiones neoplásicas pueden no ser visualizadas por mamografía. Se recomienda la valoración de la paciente con examen clínico adecuado y un seguimiento periódico. Conserve estos estudios y preséntelos en su próximo control para su comparación.

BI-RADS

0. ESTUDIO NO CONCLUSIVO.
1. NEGATIVA (ningún hallazgo)
2. APARIENCIA BENIGNA
3. APARIENCIA PROBABLEMENTE BENIGNA
4. HALLAZGOS SOSPECHOSOS
5. HALLAZGOS ALTAMENTE SOSPECHOSOS
6. NEOPLASIA CONOCIDA

PARA MAYOR INFORMACIÓN VISÍTANOS EN:

<https://institutoradiologicodelsur.com/contactos/>

O ESCANEA EL CODIGO QR



DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 98385539

SEXO: Masculino

ETNIA: Mestizo

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09X); Sospecha ATEP: No.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/01/2021) Enfermedad respiratoria aguda debida al SARS-CoV-2 (COVID-19) (U071); Sospecha ATEP: No.
(25/01/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 98385539

SEXO: Masculino

ETNIA: Mestizo

(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 98385539

SEXO: Masculino

ETNIA: Mestizo

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(15/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), frutas diarias., verdruas diarias, hipoglucida, fraccionada
(18/03/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), frutas diarias., verdruas diarias, hipoglucida, fraccionada
(24/09/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), frutas diarias., verdruas diarias, hipoglucida, fraccionada
(16/04/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), frutas diarias., verdruas diarias, hipoglucida, fraccionada
(14/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(01/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(03/07/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(31/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(26/01/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(15/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), no esta realizando por dolor lumbar
(18/03/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), no esta realizando por dolor lumbar
(24/09/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), no esta realizando por dolor lumbar
(16/04/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), no esta realizando por dolor lumbar
(14/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(01/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(03/07/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(31/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(26/01/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

- HÁBITOS SEXUALES

(15/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/03/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/09/2022) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(16/04/2022) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/01/2022) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/09/2021) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(03/07/2021) ¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(26/01/2021) ¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Familiar, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

Estudios del paciente: Básica secundaria, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Cargo del paciente: ing industrial

Red de Apoyo general

El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar

Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 4, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia de Hecho, Número de integrantes de la familia del paciente: 4, Personas a cargo del paciente: 2

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Antecedentes Vacunales Covid
(15/07/2023,11:40:09)

1. Vacuna Covid - 19: No.
- Motivo por el cual no tiene vacuna Covid: refiere 3 dosis no trae carnet
(15/07/2023,11:40:09)
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 205.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(18/03/2023,10:09:53)

1. Vacuna Covid - 19: No.
- Motivo por el cual no tiene vacuna Covid: refiere 3 dosis no trae carnet
(18/03/2023,10:09:53)
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
- 15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 22. Colesterol Total (mg/dl): 205.0.
- 23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
- 24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
- 26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
- 27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
- 28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
- 31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 32. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
- 33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
- 34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
- 35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(24/09/2022,12:23:12)

- 1. Vacuna Covid - 19: No.
- Motivo por el cual no tiene vacuna Covid: refiere 3 dosis no trae carnet
(24/09/2022,12:23:12)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
- 15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 22. Colesterol Total (mg/dl): 205.0.
- 23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
- 24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
- 26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
- 27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
- 28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
- 31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 32. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
- 33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
- 34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
- 35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(19/07/2022,18:38:30)

- 1. Vacuna Covid - 19: No.
- Motivo por el cual no tiene vacuna Covid: refiere 3 dosis no trae carnet
(19/07/2022,18:38:30)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
- 15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 22. Colesterol Total (mg/dl): 205.0.
- 23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
- 24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
- 26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
- 27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
- 28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
- 31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 32. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
- 33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
- 34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
- 35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(16/04/2022,10:23:52)

- 1. Vacuna Covid - 19: No.
- Motivo por el cual no tiene vacuna Covid: refeire 3 dosis no trae carnet
(16/04/2022,10:23:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
- 15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
- 22. Colesterol Total (mg/dl): 205.0.
- 23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
- 24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
- 26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
- 27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL): No.
- 28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
- 31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 32. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
- 33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
- 34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
- 35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara) ? : No.
- 37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(14/01/2022,15:07:48)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 148.0.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
32. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/09/2021,18:05:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

cuando.

15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 251.0.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
32. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(03/07/2021,10:29:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: Nunca ha usado.

20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 251.0.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: Si.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.

29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

32. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

35. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/03/2021,10:06:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.

15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 251.0.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
32. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/03/2021,09:08:07)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 251.0.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
32. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?: No.
33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?: No.
34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2021,17:44:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)? : No.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ? : Si.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
31. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.

32. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

33. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

34. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

36. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/01/2021,12:15:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.

15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: Si.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.

27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

31. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

32. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

33. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

34. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

36. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

13/04/2024 09:05:23. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Eliana Catalina Martinez Lopez. Reg. Médico. 1085285257. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica de Paciente Crónico.

Admisión No. 105280382. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-7551632-1-1

Fecha de Nacimiento: 07/06/1973 Edad del paciente: 50 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Casado (a).

Ocupación: Otros profesionales técnicos: bibliotecólogo-restaurador-socioantropólogo-trabajo social.

Dirección: MZ C CASA 13 VILLA ALEJANDRIA Teléfono: 3177587237 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación:

Contributivo

Responsable: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON - Paciente Telefono: 3177587237.

Acompañante: Teléfono:

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON.

Motivo de consulta: Control de diabetes e hipertension arterial
inasistente desde noviembre.

Enfermedad Actual: aciente masculino de 50 años de edad, con diagnóstico de diabetes tipo 2 desde 2015, dislipidemia en manejo con:

-Metformina 850mg despues de almuerzo

-rosuvastatina 40 mg, 1 tableta NO la esta tomando

Refiere que no toma medicamentos que interfieran con su tratamiento.

En el momento en buenas condiciones generales, niega cefalea, niega edemas, niega sincope, niega mareos, niega epistaxis, niega disnea, niega dolor precordial, niega poliuria, niega polidipsia, niega polifagia, niega parestesias, niega tos, niega palpitaciones, niega fiebre o síntomas respiratorios, niega contacto estrecho con paciente Covid positivo. Tamizaje depresión: Whooley: 1. Durante los últimos 30 días se ha sentido a menudo desanimado o con pocas esperanzas respuesta: NO. 2. Durante los últimos 30 días ha sentido a menudo poco interés o placer de hacer las cosas que habitualmente disfrutaba: respuesta: NO. Tamizaje Tx de ansiedad: ¿se ha sentido nervioso, ansioso o inquieto? ¿Puntuación 0, no puede parar o controlar la preocupación? Puntuación 0. niega ideas de minusvalía o suicida, niega ser víctima de violencia o conflicto armado, niega discapacidad. Niega consumo de tabaco y

bebidas alcohólicas, niega exposición al humo de leña, carbón de estufas, alérgenos, sustancias químicas de uso doméstico, niega contacto con chimeneas, hornos, incineradores y emisiones volcánicas, niega ser fumador pasivo. Niega contacto estrecho con pacientes positivos para Covid19 en los últimos 14 días, niega que haya tenido contacto estrecho con caso confirmado o probable para covid 19. Se interroga sobre las relaciones familiares y me informa que tiene adecuada relación y comunicación con su familia. Asiste solo

Paciente niega complicaciones o sintomatología relacionada con su ocupación

Estado de Salud: Bueno.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: Niega fiebre, niega cambios de peso, niega malestar general, niega sudoración nocturna.

Neurológico: Niega cefalea, niega mareos, niega parestesias, niega paresias, niega problemas de coordinación.

Respiratorio: Niega disnea, niega tos, niega expectoración, niega hemoptisis.

Cardiovascular: Niega disnea de esfuerzo, niega ortopnea, niega disnea paroxística nocturna, niega dolor precordial.

Gastrointestinal: Niega cambios en el apetito, niega náuseas, niega vómito, niega disfagia, niega constipación, niega melenas, niega diarrea, niega pirosis.

Genitourinario: Niega disuria, niega poliaquiuria, niega poliuria, niega nicturia, niega hematuria.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

DIABETES.

Fecha de ingreso al programa: 26/01/2021.

* Valoración inicial

Valoración inicial

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 98385539

SEXO: Masculino

ETNIA: Mestizo

1. Fecha de diagnóstico de diabetes

: 01/01/2015.

2. Enfermedad coronaria

: No.

3. Enfermedad cerebrovascular

: No.

4. Falla cardíaca

: No.

5. Enfermedad renal crónica

: No.

6. Enfermedad hepática asociada

: No.

7. Enfermedad vascular periférica

: No.

8. Retinopatía diabética

: No.

9. Neuropatía diabética

: No

* Seguimiento

Metas

1. Meta de HbA1c acordada con el paciente

: <6,5%.

2. Meta de Tensión arterial acordada con el paciente

: <130/80 mmHg.

3. Meta de Colesterol LDL acordada con el paciente

: <70,

Adherencia del paciente

1. ¿Realiza al menos 150 minutos de actividad física a la semana?

: Si.

2. ¿El paciente es adherente a la terapia farmacológica?

: Si.

3. ¿Realiza plan alimentario indicado?

: Si.

4. Red de apoyo familiar para cambios del estilo de vida

: Buena.

5. Conciencia de enfermedad

: Si.

6. Asistencia en los últimos tres meses a algún taller de educación

: Si.

7. ¿El paciente asiste a un programa de nefroprotección?

: Si

Hipoglicemia

1. ¿El paciente ha presentado hipoglicemia?

: No

Urgencias

1. ¿El paciente ha consultado a urgencias desde que fue valorado por ultima vez en el programa?

: No

Hospitalización

1. ¿El paciente ha requerido una hospitalización desde que fue valorado por ultima vez en el programa?

: No

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

EPOC Y ASMA.
Fecha de ingreso al programa: 24/09/2022.

* Tamizaje Epoc

Tamizaje de EPOC

1. ¿Tose muchas veces la mayoría de los días?: No.
2. ¿Tiene flemas o mocos la mayoría de los días?: No.
3. ¿Se queda sin aire más fácilmente que otras personas de su edad?: No.
4. ¿Es mayor de 40 años?: Si.
5. ¿Actualmente fuma o es un ex-fumador?: No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 73 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg
Temperatura: 36.5 °C
Peso: 82.8 Kg
Talla: 1.78 m
Índice de Masa Corporal: 26.13 (kg/m²) -Sobrepeso
Circunferencia de la cintura: 95 cm -Obesidad central
Superficie corporal: 2.04 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Boca: piezas dentales en buen estado.
Organos de los Sentidos: AV Ojo derecho (20/20), AV Ojo izquierdo (20/20), Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular..
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados..
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, sin masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes..
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos, sin frialdad distal, no déficit motor ni sensitivo..
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Sin edema, pulsos periféricos simétricos, sin frialdad distal, no déficit motor ni sensitivo..
Osteomusculoarticular: fuerza 5/5 en las 4 extremidades, reflejos osteotendinosos presentes y normales, tono muscular normal.
Mental: Buena presentación personal, eulálico, eutímico, euproséxico, pensamiento lógico, sin ideas delirantes o suicidas, memoria de largo, mediano y corto plazo conservada, calculo normal.
Examen Neurológico: Paciente alerta, orientado en sus tres esferas, consiente.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 18/03/2024 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 153.0.
2. Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) (%): 7.5.
3. Colesterol Total (mg/dl): 203.0.
4. Colesterol HDL (mg/dl): 31.0.
5. Colesterol LDL (mg/dl): 110.0.
6. Triglicéridos (mg/dl): 309.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según fórmula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119), Estado de la enfermedad: Controlado, Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: Examen de ojos y de la visión (Z010), Bilateral, Confirmado nuevo.

Diagnóstico Asociado 2: Examen de pesquisa especial, no especificado (Z139), Confirmado nuevo.

Diagnóstico Asociado 3: Examen de pesquisa especial para el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (Z114), Confirmado nuevo.

Diagnóstico Asociado 4: Examen de pesquisa especial para tumor de intestino (Z121), Confirmado nuevo.

Diagnóstico Asociado 5: Examen de pesquisa especial para tumor de la prostata (Z125), Confirmado nuevo.

INTERVENCIONES

13/04/2024 09:25. EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL.

Diagnóstico(s) previo(s) asociado(s) a la intervención: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Examen de ojos y de la visión Bilateral (Z010); Examen de pesquisa especial, no especificado (Z139); Examen de pesquisa especial para el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (Z114); Examen de pesquisa especial para tumor de intestino (Z121). Finalidad: Protección específica. Descripción del procedimiento: Se brinda información sobre hábitos y estilos de vida saludables. Complicaciones: No.

ASESORÍAS

PRE_TEST DE ASESORÍA PRE-TEST VIH

- Asesoría Pre Test VIH

Fecha de asesoría pre-test VIH: 13/04/2024.

Se establecen comportamientos sociales y sexuales de riesgo: No.

Se establece la exposición directa o sin protección a desechos tóxicos y/o biológicos.: No.

¿Se considera que el paciente presenta riesgo para VIH?: No.

Se explica el motivo de solicitud de la prueba de VIH: Si.

Se informa sobre los mecanismos de transmisión de VIH y como prevenir la infección por VIH: Si.

Se brinda información sobre la enfermedad y como el diagnóstico temprano mejora el pronóstico.: Si.

Se evalúa la red de apoyo: Si.

Se explica la importancia de hacer la prueba de VIH y los posibles resultados: Si.

Se informa sobre la importancia de reclamar el resultado de manera oportuna: Si.

Se informa sobre la existencia de tratamientos efectivos para esta enfermedad.: Si.

Se informa sobre derechos/deberes sexuales-reproductivos y acceso a servicios de salud.: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Se da Información que permita anticipar y mitigar los posibles efectos e impactos psicosociales.: Si.

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: mala adhenecia al manejo.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO**

1. Rosuvastatina 20 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 13/04/2024- 12/07/2024,
2. Dapagliflozina+ Metformina (10+1000)mg Tableta De Liberacion Prolongada (Caja X 28 tabletas): Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 84 día(s). Cantidad total: 84, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 13/04/2024- 12/07/2024,

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita UROANALISIS, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses Modalidad: AMBULATORIA.
2. Se solicita ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses Modalidad: AMBULATORIA.
3. Se solicita CREATININA EN ORINA PARCIAL, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses, SS/RAC Modalidad: AMBULATORIA.
4. Se solicita CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses Modalidad: AMBULATORIA.
5. Se solicita HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses Modalidad: AMBULATORIA.

6. Se solicita Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses Modalidad: AMBULATORIA.

7. Se solicita GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses Modalidad: AMBULATORIA.

8. Se solicita MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses Modalidad: AMBULATORIA.

9. Se solicita SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA), No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses Modalidad: AMBULATORIA.

10. Se solicita Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses Modalidad: AMBULATORIA.

11. Se solicita VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, paciente con mala adherencia al tratamiento, tiene malos hábitos de alimentación, aporta paraclínicos con glucosa y glicada fuera de metas, perfil lipídico con dislipidemia mixta y ldl fuera de metas, se inicia xigdio 1000/10mg cada día, rosuvastatina 20mg cada día, valoración por nutrición, paraclínicos de control, agendo cita con reportes, se dan pautas de alimentación y estilos de vida saludables, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCV alto. Control en 3 meses Modalidad: AMBULATORIA.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Nutricion Humana Por solicitud del médico tratante. Justificación: Necesidad de un enfoque multidisciplinario (EPS) Paciente con antecedente de DM tipo 2 , se solicita valoración por protocolo de atención de paciente crónico. . Modalidad: AMBULATORIA.
2. Se solicita interconsulta a Nutricion Humana Por solicitud del médico tratante. Justificación: Necesidad de un enfoque multidisciplinario (EPS) Paciente con antecedente de DM tipo 2 , se solicita valoración por protocolo de atención de paciente crónico. . Modalidad: AMBULATORIA.
3. Se solicita interconsulta a Nutricion Humana Por solicitud del médico tratante. Justificación: Necesidad de un enfoque multidisciplinario (EPS) Paciente con antecedente de DM tipo 2 , se solicita valoración por protocolo de atención de paciente crónico. . Modalidad: AMBULATORIA.
4. Se solicita interconsulta a Nutricion Humana Por solicitud del médico tratante. Justificación: Necesidad de un enfoque multidisciplinario (EPS) Paciente con antecedente de DM tipo 2 , se solicita valoración por protocolo de atención de paciente crónico. . Modalidad: AMBULATORIA.
5. Se solicita interconsulta a Nutricion Humana Por solicitud del médico tratante. Justificación: Necesidad de un enfoque multidisciplinario (EPS) Paciente con antecedente de DM tipo 2 , se solicita valoración por protocolo de atención de paciente crónico. . Modalidad: AMBULATORIA.
6. Se solicita interconsulta a Nutricion Humana Por solicitud del médico tratante. Justificación: Necesidad de un enfoque multidisciplinario (EPS) Paciente con antecedente de DM tipo 2 , se solicita valoración por protocolo de atención de paciente crónico. . Modalidad: AMBULATORIA.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Lavado de manos, aislamiento preventivo permanente (no salir de casa a menos que sea estrictamente necesario), uso de tapabocas si sale de casa, taparse con la parte interna del codo al estornudar y guardar una distancia de seguridad de 1 metro y medio con otras personas, evitar el contacto físico (saludos de manos, abrazos, etc), evitar aglomeraciones, en caso de salir se debe tener en cuenta no uso de accesorios (manillas, reloj, aretes, cadenas, etc) al regresar a casa debe cambiarse los zapatos, lavar la suela de los zapatos, cambiarse de ropa y lavar sus manos antes de entrar a casa, no tocar los objetos de la casa hasta estar desinfectado.

RECOMENDACIONES GENERALES: .Para aclarar cualquier duda comuníquese con su médico tratante o con el equipo de salud del programa. Control oftalmológico anual. Cuidado de los pies: remoje y lave los pies con agua tibia todas las noches, sequelos bien y aplique alcohol con gasa humedecida. Las callosidades deben ser tratadas por médico entrenado en pie diabético. Consultar si aparecen manchas, heridas, ampollas, úlceras, calambres, inflamación o dolor. No utilice medios externos de calefacción en contacto directo con la piel, medias húmedas, gruesas, estrechas, con costuras o labrado, ni camine descalzo. Antes de caminar lubrique la piel con crema y utilice tenis. Calzado: que no genere zonas de presión ni roces constantes, sin contrafuerte demasiado curvo, ni de plástico ni de goma, no puntudos, con bordes bajos en los tobillos, con lenguetas cortas, con tacones menores de 3 cms, sin correas ni hebillas, tenis con cámara de aire. Compre calzado en las tardes y mídase ambos zapatos, use el calzado nuevo gradualmente, revise el calzado antes de ponérselo, no se lo ponga húmedo ni lo seque con ninguna fuente de calor. Cuidado uñas de los pies: No cortarlas, limarlas con regularidad, sin dejar bordes irregulares. No cortar el borde libre cercano a la piel. Si tiene limitación física o visual acuda a una persona entrenada para arreglarse las uñas. No pintarlas con esmalte. No molestarse las uñas encarnadas. No fumar. Tomar medicamentos en la hora indicada por el médico.

SIGNOS DE ALARMA: Dolor de cabeza intenso, mareo, visión borrosa, salida de sangre por la nariz, edema en miembros inferiores, fiebre con temperatura mayor a 38 °, dolor en el pecho, dificultad para respirar, tos severa, diarreas a repetición, vomito incontrolable, intolerancia a la vía oral y otro síntoma severo deberá acudir al servicio de urgencias en Clínica Hispanoamérica

ACTIVIDAD FÍSICA: Ejercicio de intensidad ligera a moderada, durante mínimo 30 minutos, mínimo 3 días/semana.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Dieta con bajo contenido de carbohidratos (almidones, granos, fruta, lácteos y dulces). Comer a horas pre-establecidas. Evitar tiempos de ayuno prolongados. 5 comidas/día. Reducción de las grasas. Aumento en el consumo de fibra.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09X); Sospecha ATEP: No.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/01/2021) Enfermedad respiratoria aguda debida al SARS-CoV-2 (COVID-19) (U071); Sospecha ATEP: No.
(25/01/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 98385539

SEXO: Masculino

ETNIA: Mestizo

(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 98385539

SEXO: Masculino

ETNIA: Mestizo

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(18/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/09/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/04/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/09/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/07/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(31/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(15/07/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(15/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), frutas diarias., verdruas diarias, hipoglucida, fraccionada
(18/03/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), frutas diarias., verdruas diarias, hipoglucida, fraccionada
(24/09/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), frutas diarias., verdruas diarias, hipoglucida, fraccionada
(16/04/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), frutas diarias., verdruas diarias, hipoglucida, fraccionada
(14/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(01/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(03/07/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(31/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(26/01/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(15/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), no esta realizando por dolor lumbar
(18/03/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), no esta realizando por dolor lumbar
(24/09/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), no esta realizando por dolor lumbar
(16/04/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), no esta realizando por dolor lumbar
(14/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(01/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(03/07/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(31/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(26/01/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

- HÁBITOS SEXUALES

(15/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/03/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/09/2022) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(16/04/2022) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/01/2022) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/09/2021) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(03/07/2021) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/03/2021) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(26/01/2021) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Familiar, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

Estudios del paciente: Básica secundaria, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Cargo del paciente: ing industrial

Red de Apoyo general

El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar

Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 4, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia de Hecho, Número de integrantes de la familia del paciente: 4, Personas a cargo del paciente: 2

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Antecedentes Vacunales Covid
(15/07/2023,11:40:09)

1. Vacuna Covid - 19: No.
- Motivo por el cual no tiene vacuna Covid: refiere 3 dosis no trae carnet
(15/07/2023,11:40:09)
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 205.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(18/03/2023,10:09:53)

1. Vacuna Covid - 19: No.
- Motivo por el cual no tiene vacuna Covid: refiere 3 dosis no trae carnet
(18/03/2023,10:09:53)
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
 ESCOLARIDAD: Profesional

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
- 15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 22. Colesterol Total (mg/dl): 205.0.
- 23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
- 24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
- 26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
- 27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
- 28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
- 31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 32. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
- 33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
- 34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
- 35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
 (24/09/2022,12:23:12)

- 1. Vacuna Covid - 19: No.
- Motivo por el cual no tiene vacuna Covid: refiere 3 dosis no trae carnet
(24/09/2022,12:23:12)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
- 15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 22. Colesterol Total (mg/dl): 205.0.
- 23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
- 24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
- 26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
- 27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
- 28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
- 31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 32. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
- 33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
- 34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
- 35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(19/07/2022,18:38:30)

1. Vacuna Covid - 19: No.
- Motivo por el cual no tiene vacuna Covid: refiere 3 dosis no trae carnet
(19/07/2022,18:38:30)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
 ESCOLARIDAD: Profesional

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
- 15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 22. Colesterol Total (mg/dl): 205.0.
- 23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
- 24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
- 26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
- 27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
- 28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
- 31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 32. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
- 33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
- 34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
- 35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
 (16/04/2022,10:23:52)

- 1. Vacuna Covid - 19: No.
 - Motivo por el cual no tiene vacuna Covid: refeire 3 dosis no trae carnet
 (16/04/2022,10:23:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
- 15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
- 22. Colesterol Total (mg/dl): 205.0.
- 23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
- 24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
- 26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
- 27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL): No.
- 28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
- 31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 32. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
- 33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
- 34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
- 35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara) ? : No.
- 37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(14/01/2022,15:07:48)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 148.0.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
32. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/09/2021,18:05:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

cuando.

15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 251.0.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
32. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(03/07/2021,10:29:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: Nunca ha usado.

20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 251.0.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: Si.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.

29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

32. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/03/2021,10:06:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.

15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 251.0.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
32. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/03/2021,09:08:07)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 251.0.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?
: Si.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
30. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
31. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
32. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?: No.
33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?: No.
34. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
35. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
36. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
37. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2021,17:44:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): De vez en cuando.
15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
19. ¿Consumes ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)? : No.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ? : Si.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
31. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.

32. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

33. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

34. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

36. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/01/2021,12:15:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

14. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.

15. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

16. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

17. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

18. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

19. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

20. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: Si.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

31. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

32. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

33. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

34. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

36. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

05/07/2024 08:04:46. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)

Datos del profesional de la salud: Eliana Catalina Martinez Lopez. Reg. Médico. 1085285257. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica de Paciente Crónico.

Admisión No. 109597364. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-7551632-1-1

Fecha de Nacimiento: 07/06/1973 Edad del paciente: 51 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Casado (a).

Ocupación: Otros profesionales técnicos: bibliotecólogo-restaurador-socioantropólogo-trabajo social.

Dirección: MZ C CASA 13 VILLA ALEJANDRIA Teléfono: 3177587237 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)

Vinculación:

Contributivo

Responsable: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON - Paciente Telefono: 3177587237.

Acompañante: Teléfono:

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON.

Motivo de consulta: Control de diabetes.

Enfermedad Actual: Paciente masculino de 51 años de edad, con diagnóstico de diabetes tipo 2 desde 2015, dislipidemia en manejo con:

-Metformina 850mg despues de almuerzo

-rosuvastatina 20 mg, 1 tableta NO la esta tomando porque le genera efectos advesos

Refiere que no toma medicamentos que interfieran con su tratamiento.

En el momento en buenas condiciones generales, niega cefalea, niega edemas, niega sincope, niega mareos, niega epistaxis, niega disnea, niega dolor precordial, niega poliuria, niega polidipsia, niega polifagia, niega parestesias, niega tos, niega palpitaciones, niega fiebre o síntomas respiratorios, niega contacto estrecho con paciente Covid positivo. Tamizaje depresión: Whooley: 1. Durante los últimos 30 días se ha sentido a menudo desanimado o con pocas esperanzas respuesta: NO. 2. Durante los últimos 30 días ha sentido a menudo poco interés o placer de hacer las cosas que habitualmente disfrutaba: respuesta: NO. Tamizaje Tx de ansiedad: ¿se ha sentido nervioso, ansioso o inquieto? ¿Puntuación 0, no puede parar o controlar la preocupación? Puntuación 0. niega ideas de minusvalía o suicida, niega ser víctima de violencia o conflicto armado, niega discapacidad. Niega consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, niega exposición al humo de leña, carbón de estufas, alérgenos, sustancias químicas de uso doméstico, niega contacto con chimeneas, hornos, incineradores y emisiones volcánicas, niega ser fumador pasivo. Niega contacto estrecho con pacientes positivos para Covid19 en los últimos 14 días, niega que haya tenido contacto estrecho con caso confirmado o probable para covid 19. Se interroga sobre las relaciones familiares y me informa que tiene adecuada relación y comunicación con su familia. Asiste solo

Paciente niega complicaciones o sintomatología relacionada con su ocupación.

Estado de Salud: Bueno.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: Niega fiebre, niega cambios de peso, niega malestar general, niega sudoración nocturna.

Neurológico: Niega cefalea, niega mareos, niega parestesias, niega paresias, niega problemas de coordinación.

Respiratorio: Niega disnea, niega tos, niega expectoración, niega hemoptisis.

Cardiovascular: Niega disnea de esfuerzo, niega ortopnea, niega disnea paroxística nocturna, niega dolor precordial.

Gastrointestinal: Niega cambios en el apetito, niega náuseas, niega vómito, niega disfagia, niega constipación, niega melenas, niega diarrea, niega pirosis.

Genitourinario: Niega disuria, niega poliaquiuria, niega poliuria, niega nicturia, niega hematuria.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

DIABETES.

Fecha de ingreso al programa: 26/01/2021.

* Valoración inicial

Valoración inicial

1. Fecha de diagnóstico de diabetes

: 01/01/2015.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 98385539

SEXO: Masculino

ETNIA: Mestizo

2. Enfermedad coronaria

: No.

3. Enfermedad cerebrovascular

: No.

4. Falla cardíaca

: No.

5. Enfermedad renal crónica

: No.

6. Enfermedad hepática asociada

: No.

7. Enfermedad vascular periférica

: No.

8. Retinopatía diabética

: No.

9. Neuropatía diabética

: No

* Seguimiento

Metas

1. Meta de HbA1c acordada con el paciente

: <6,5%.

2. Meta de Tensión arterial acordada con el paciente

: <130/80 mmHg.

3. Meta de Colesterol LDL acordada con el paciente

: <70,

Adherencia del paciente

1. ¿Realiza al menos 150 minutos de actividad física a la semana?

: Si.

2. ¿El paciente es adherente a la terapia farmacológica?

: Si.

3. ¿Realiza plan alimentario indicado?

: Si.

4. Red de apoyo familiar para cambios del estilo de vida

: Buena.

5. Conciencia de enfermedad

: Si.

6. Asistencia en los últimos tres meses a algún taller de educación

: Si.

7. ¿El paciente asiste a un programa de nefroprotección?

: Si

Hipoglicemia

1. ¿El paciente ha presentado hipoglicemia?

: No

Urgencias

1. ¿El paciente ha consultado a urgencias desde que fue valorado por ultima vez en el programa?

: No

Hospitalización

1. ¿El paciente ha requerido una hospitalización desde que fue valorado por ultima vez en el programa?

: No

EPOC Y ASMA.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Fecha de ingreso al programa: 24/09/2022.

* Tamizaje Epop

Tamizaje de EPOC

1. ¿Tose muchas veces la mayoría de los días?: No.
2. ¿Tiene flemas o mocos la mayoría de los días?: No.
3. ¿Se queda sin aire más fácilmente que otras personas de su edad?: No.
4. ¿Es mayor de 40 años?: Si.
5. ¿Actualmente fuma o es un ex-fumador?: No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 90 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg
Temperatura: 36.5 °C
Peso: 79.8 Kg
Talla: 1.78 m
Índice de Masa Corporal: 25.19 (kg/m2) -Sobrepeso
Circunferencia de la cintura: 93 cm -Obesidad central
Superficie corporal: 2 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Boca: piezas dentales en buen estado.
Organos de los Sentidos: AV Ojo derecho (20/70), AV Ojo izquierdo (20/100), Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular..
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados..
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, sin masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes..
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos, sin frialdad distal, no déficit motor ni sensitivo..
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Sin edema, pulsos periféricos simétricos, sin frialdad distal, no déficit motor ni sensitivo..
Osteomusculoarticular: fuerza 5/5 en las 4 extremidades, reflejos osteotendinosos presentes y normales, tono muscular normal.
Mental: Buena presentación personal, eulalico, eutímico, euproséxico, pensamiento lógico, sin ideas delirantes o suicidas, memoria de largo, mediano y corto plazo conservada, calculo normal.
Examen Neurológico: Paciente alerta, orientado en sus tres esferas, consiente.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

DIABETES

Fecha de realización: 02/07/2024 00:00:00

1. Electrocardiograma: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, El paciente me informa que no esta tomando rosuvastatina ya que le genera efectos adversos ya se le disminuyo la dosis pero le continua desencadenando los mismis sintomas por lo que se suspende y se incia omega 3, NO se realizo los paraclínicos, reagendo control con reportes, le recuerdo las pautas de alimentación y estilos de vida saludables, ordeno valoración por optimetría, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCValto. Control con reportes.

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119), Estado de la enfermedad: Controlado, Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general.
Diagnóstico Asociado 1: Examen de ojos y de la visión (Z10), Bilateral, Confirmado nuevo.

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Rosuvastatina 20 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 05/07/2024- 04/08/2024,
2. Dapagliflozina+ Metformina (10+1000)mg Tableta De Liberación Prolongada (Caja X 28 tabletas): Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 28 día(s). Cantidad total: 28, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 05/07/2024- 04/08/2024,

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA, No. 1, Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en manejo farmacológico, al momento en adecuado estado general, sin signos de sirs o dificultad respiratoria, asintomático, sin signos de falla cardiaca, examen físico normal con cifras tensionales normales, El paciente me informa que no esta tomando rosuvastatina ya que le genera efectos adversos ya se le disminuyo la dosis pero le continua desencadenando los mismos sintomas por lo que se suspende y se inicia omega 3, NO se realizo los paraclínicos, reagendo control con reportes, le recuerdo las pautas de alimentación y estilos de vida saludables, ordeno valoración por optometría, Paciente sin factores de riesgo para ETS, sin factores de riesgo o presencia de depresión o enfermedad mental, realizo durante la consulta las preguntas whooley y aplico la escala de ansiedad e el tamizaje es negativo. Se dan recomendaciones en signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados en casa, toma de medicamentos según formula médica, control de peso, se dan medidas de manejo de estrés, pautas de alimentación saludables y medidas preventivas por pandemia de COVID-19. Lo anterior es bajo órdenes de gerencia. RCValto. Control con reportes. Modalidad: AMBULATORIA.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Lavado de manos, aislamiento preventivo permanente (no salir de casa a menos que sea estrictamente necesario), uso de tapabocas si sale de casa, taparse con la parte interna del codo al estornudar y guardar una distancia de seguridad de 1 metro y medio con otras personas, evitar el contacto físico (saludos de manos, abrazos, etc), evitar aglomeraciones, en caso de salir se debe tener en cuenta no uso de accesorios (manillas, reloj, aretes, cadenas, etc) al regresar a casa debe cambiarse los zapatos, lavar la suela de los zapatos, cambiarse de ropa y lavar sus manos antes de entrar a casa, no tocar los objetos de la casa hasta estar desinfectado.

RECOMENDACIONES GENERALES: Para aclarar cualquier duda comuníquese con su médico tratante o con el equipo de salud del programa. Control oftalmológico anual. Cuidado de los pies: remoje y lave los pies con agua tibia todas las noches, seque los bien y aplique alcohol con gasa humedecida. Las callosidades deben ser tratadas por médico entrenado en pie diabético. Consultar si aparecen manchas, heridas, ampollas, úlceras, calambres, inflamación o dolor. No utilice medios externos de calefacción en contacto directo con la piel, medias húmedas, gruesas, estrechas, con costuras o labrado, ni camine descalzo. Antes de caminar lubrique la piel con crema y utilice tenis. Calzado: que no genere zonas de presión ni roces constantes, sin contrafuerte demasiado curvo, ni de plástico ni de goma, no puntudos, con bordes bajos en los tobillos, con lengüetas cortas, con tacones menores de 3 cms, sin correas ni hebillas, tenis con cámara de aire. Compre calzado en las tardes y midase ambos zapatos, use el calzado nuevo gradualmente, revise el calzado antes de ponérselo, no se lo ponga húmedo ni lo seque con ninguna fuente de calor. Cuidado uñas de los pies: No cortarlas, limarlas con regularidad, sin dejar bordes irregulares. No cortar el borde libre cercano a la piel. Si tiene limitación física o visual acuda a una persona entrenada para arreglarse las uñas. No pintarlas con esmalte. No molestarse las uñas encarnadas. No fumar. Tomar medicamentos en la hora indicada por el médico.

SIGNOS DE ALARMA: Dolor de cabeza intenso, mareo, visión borrosa, salida de sangre por la nariz, edema en miembros inferiores, fiebre con temperatura mayor a 38 °, dolor en el pecho, dificultad para respirar, tos severa, diarreas a repetición, vomito incontrolable, intolerancia a la vía oral y otro síntoma severo deberá acudir al servicio de urgencias en Clínica Hispanoamericana

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON IDENTIFICACIÓN: CC 98385539 SEXO: Masculino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

ACTIVIDAD FÍSICA: Ejercicio de intensidad ligera a moderada, durante mínimo 30 minutos, mínimo 3 días/semana.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Dieta con bajo contenido de carbohidratos (almidones, granos, fruta, lácteos y dulces). Comer a horas pre-establecidas. Evitar tiempos de ayuno prolongados. 5 comidas/día. Reducción de las grasas. Aumento en el consumo de fibra.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

05/07/2024 10:19:40. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)

Datos del profesional de la salud: Maria Alejandra Melo Caicedo. Reg. Médico. 0. Enfermería.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica de Control.

Admisión No. 109597364. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-7551632-1-1

Fecha de Nacimiento: 07/06/1973 Edad del paciente: 51 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Casado (a).

Ocupación: Otros profesionales técnicos: bibliotecólogo-restaurador-socioantropólogo-trabajo social.

Dirección: MZ C CASA 13 VILLA ALEJANDRIA Teléfono: 3177587237 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)

Vinculación:

Contributivo

Responsable: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON - Paciente Telefono: 3177587237.

Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento para recibir su atención en alguna de las siguientes modalidades de Telesalud: Teleexperticia, Telemedicina interactiva, Teleorientación, Teleeducación de conformidad con lo dispuesto en las resoluciones 2654 de 2019 y 3100 de 2019

Información suministrada por: Paciente, JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON.

Motivo de consulta: INGRESO REPORTE LABORATORIOS CRONICOS.

Enfermedad Actual: INGRESO REPORTE LABORATORIOS CRONICOS.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 25/06/2024 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 103.0.

2. Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) (%): 6.4.

3. Creatinina (mg/dl): 1.0.

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149), Clasificacion de la enfermedad: Otros tipos de diabetes, Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general.



Fecha Ingreso: 27/07/2024 09:05:11 a.m.
Fecha Resultado: 29/07/2024 10:17:02 a.m.
Paciente: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON
Examen: RX COLUMNA LUMBOSACRA
Empresa: EPS SANITAS REGIMEN CONT IMAG

Sede: PASTO
Estudio: 124260933 427055
Documento: 98385539
Edad: 51 a 1 m 20 d

RX COLUMNA LUMBOSACRA CON PROYECCIONES ADICIONALES (AP Y LATERAL)

Datos clinicos: Escoliosis

Hay cambios osteoartrosicos a nivel de la columna lumbar con presencia de osteofitos marginales.

Las articulaciones interfetarias estan conservadas.

Hay escoliosis lumbar a convexidad izquierda.

Las apofisis espinosas transversas y pediculos están conservados.

No hay signos de espondilolistesis ni espondilólisis.

Los espacios intervertebrales y articulaciones interfetarias así como los agujeros de conjugación se encuentran preservados. No hay alteraciones en los tejidos blandos paravertebrales ni curvas vertebrales anormales.

CONCLUSION:

OSTEOARTROPATIA DEGENERATIVA DE LA COLUMNA LUMBAR.
ESCOLIOSIS LUMBAR

NOTA: El estudio se realizó de conformidad con las normas establecidas por el Ministerio de Salud, OMS y protocolos de bioseguridad.

NOTA: El estudio se realizó de conformidad con las normas establecidas por el Ministerio de Salud, OMS y protocolos de bioseguridad.



Fecha Ingreso: 27/07/2024 09:05:11 a.m.
Fecha Resultado: 29/07/2024 10:17:02 a.m.
Paciente: JOSE LUIS MESIAS CASTRILLON
Examen: RX COLUMNA LUMBOSACRA
Empresa: EPS SANITAS REGIMEN CONT IMAG

Sede: PASTO
Estudio: 124260933 427055
Documento: 98385539
Edad: 51 a 1 m 20 d

CARLOS FERNANDO NUÑEZ GUERRERO

M.D. RADIOLOGO

R.M. 779

Transcrito por: CASING

IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.

Consulta las imágenes en <https://wado.atheneaidm.net:7071/pacs/wado.php?3FE6FC81D70DBA3703FB2FEC85BC39C5F56001C54B7381FB145E95C3D3EB0B4C3F1E3FBF2B9595A58A0B813C3B6F0A0D5A591CF2943CCB18528AFB75BDD00AAD030707F5FD7F78F41D180A05520EA540E323E2900E61C22AA064C75E20019C0830CB037D168CACDFB3C899017982596768FBFF4D9000A69BDB52226A7C0CF2>





Universidad de **Nariño**
FUNDADA EN 1904

Formulario de inscripción
Posgrado

PIN: 1241187416

Código: INS-

Página: Pagina 1 de 1

Versión: 01

Vigente a partir 24/10/2017

DATOS BASICOS

Nombres y apellidos:

SANDRA LORENA LUNA BASTIDAS

Identificación actual:

59824659

Tipo documento:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Sexo:

FEMENINO

Fecha nacimiento:

18/05/1973

Estado civil:

CASADO/A

Tipo de sangre:

O +

Programa opción 1:

ESPECIALIZACION EN DERECHO PROCESAL CIVIL

Eps:

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
SANITAS S.A.

Nacimiento:

COLOMBIA-NARIÑO-IPIALES

Proviene:

COLOMBIA-NARIÑO-PASTO

Telefono:

3136956620

Dirección:

MANZANA C CASA 13 VILLA
ALEJANDRÍA

Barrio:

- NO REGISTRA -

Celular:

3136956620

Correo:

slunab@cendoj.ramajudicial.gov.co

HISTORIAL LABORAL

Empresa	Cargo	Tipo vinculación	Fecha inicio	Fecha fin	Salario
JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE PASTO	CITADORA G.03	CONTRATO TÉRMINO INDEFINIDO	02/09/2002		\$ 4.380.000

HISTORIAL ESTUDIOS

Universidad	Programa	Semestres cursados
INSTITUCION UNIVERSITARIA CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES MARIA GORETTI CESMAG	DERECHO	10



UNIVERSIDAD DE NARIÑO
NIT: 800118954-1
CODIGO DE BARRAS

FECHA DE IMPRESIÓN: jueves, 18 de abril de 2024
IDENTIFICACIÓN. CC 59824559
NOMBRE: LUNA BASTIDAS SANDRA LORENA

BANCO
BANCO DE BOGOTA
BANCO AGRARIO DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA
COLPATRIA
BANCO DE OCCIDENTE

No DE PIN:1241187416

Codigo Alumno: 224289002

TOTAL A PAGAR: 384,300.00

PAGAR HASTA: martes, 25 de junio de 2024

CÓDIGO	CONCEPTO	CENTRO COSTO	VALOR
291026009	INSCRIPCIONES POSTGRADO RECIBIDAS POR A(70203130105) 5. PROM ESPECIALIZACION EN DERECHO PRO		384,300,00
TOTAL:			384,300,00

REF 1: 00001241187999 REF 2: 2000



(415)7709998008403(8020)00001241187999(8020)2000(3900)0384300(96)20240625

BANCO

PAGUE UNICAMENTE EN EFECTIVO O CHEQUE

Cód Banco	Cheque No	Valor
		384,300.00

Página 1 de 2

FORMATO PREDILIGENCIADO: GENERADO POR INTERNET

- La impresión de los formatos de recaudos debe hacerse en papel tipo Bond de 75 gr/m2 (papel para fotocopiado).
- No se aceptan formatos impresos en papeles químicos tipo FAX.
- La impresión debe realizarse con impresora láser de alta resolución.
- Se deben presentar todas las copias de la impresión en la sucursal del Banco con la forma de pago previamente diligenciada en cada una de ellas.



9 80 230901 EMVCO

JUN 22 2024 11:52:21 REMDES 9.90

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA

MULTIPAGAS UNICO PASTO
CCO UNICO LOCAL B 15

C. UNICO: 3007018318 TER: JYZZZ474

RECIBO: 087174

RRN: 088703

APRO: 702108

RECAUDO

CONVENIO: 00809

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

REF: 00001241187999

VALOR \$ 384.300

TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCION.

BancoLombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** COMERCIO ***