FUNDACIÓN SERSOCIAL IPS	**FORMATO ACTA DE ENTREGA DE AYUDAS TECNICAS**	FSER-SI-FR-003 Fecha: 24/03/2022 Versión: 2 Página **1** de **1**

FECHA 23-04-2026

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo Escildo Maria Marquez De Miranda Edad ____ Sexo ____

Tipo ID CC # ID 33.010.022 Dirección Corregimiento paraiso

Marque con una X cual de las siguientes ayudas técnicas usted esta recibiendo:

Silla de ruedas estándar ____ Caminador X Bastón ____ Muletas ____

Colchón antiescaras ____ Colchón ortopédico ____ Otro ____

Cual ____.

Nota:

Esta ayuda técnica es entregada a los beneficiarios del programa Ser Incluyente de Fundación Ser Social en calidad de préstamo. En caso de fallecimiento del beneficiario la familia deberá entregar la ayuda técnica al miembro del comité de solidaridad encargado de cada municipio, con el fin de entregar la ayuda a otro participante del programa que la necesite.

Firma o huella del beneficiario ____

Nombre completo del cuidador Yolenis Miranda Marquez

Parentesco del cuidador Hija # ID 1.050.038.540

Nombre de la persona que diligencia el documento Tulyes Romo Hoyos.

¿Es usted miembro del comité de solidaridad? Si (X) NO ( )

FUNDACIÓN SERSOCIAL IPS *Tu bienestar es nuestra prioridad*	**FORMATO DE INSCRIPCIÓN** **PROGRAMA SER INCLUYENTE**	FSER-DSS-FR-004 Fecha: 30/09/2025 Versión: 4 Página **1** de **1**

Fecha de diligenciamiento: 23/04/2026

I. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Egilda maria Marquez de Miranda

Número de identificación: 33.010.022

Edad: 76 Sexo: F Dirección de residencia: Calle 20 Barrio centro

Municipio: San jacinto Teléfono de contacto: 3225096709

¿El beneficiario es asociado?

Sí ☒ No ☐

II. DATOS DEL ASOCIADO (solo si el beneficiario NO es asociado)

Nombre completo: _____

Número de identificación: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Parentesco con el beneficiario: _____

III. TIPO DE DIVERSIDAD FUNCIONAL

Física ☒ Auditiva ☐ Visual ☐ Cognitiva ☐

Múltiple (combinación de varias de las anteriores) ☐

Nota: A partir de la firma de este documento queda registrado como beneficiario del programa Ser Incluyente y deja autorizado a Fundación SERSOCIAL para que disponga del material fotográfico y fílmico para uso publicitario y/o pedagógico en el marco del programa.

Firma o huella del beneficiario _____

Firma del asociado (si el beneficiario NO es asociado) _____

Firma de quien diligencia el documento: _____

ELABORA	REVISA	APRUEBA
Asistente Técnico	Asistente de Planeación y Calidad	Coordinadora de Desarrollo Social

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **33.010.022**

MARQUEZ De MIRANDA

APELLIDOS

ESCILDA MARIA

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-AGO-1950**

SAN JACINTO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-OCT-1974 SAN JACINTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0502200-00207154-F-0033010022-20100104 0019580889A 2 6290525468

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.050.038.540**
MIRANDA MARQUEZ

APELLIDOS
YULENIS

NOMBRES

Yulenis Miranda
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-1993**
SAN JACINTO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-FEB-2012 SAN JACINTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0507600-00385324-F-1050038540-20120629 0030393433A 1 37963415

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
NIT: 900.196.346-9
Cod.Habilitacion:132440049301
CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo
ORTOPEDIA

Fundación Ser
En cada servicio calidad En cada gesto calidez

Nº de ingreso: 1535530 **FECHA APERTURA H.C:** 23/01/2026 8:32 **Folio Nº:** 4

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ESCILDA MARIA MARQUEZ DE MIRANDA
Fecha Nacimiento: 03/agosto/1950
Estado Civil: Casado
Dirección: VEREDA PARAISO
Procedencia: SAN JACINTO
Victima Conflicto:
Género: Masculino

Identificación: 33010022
Edad Actual: 75 Años / 7 Meses / 23 Días
Sexo: Femenino
Teléfono: 3043749526
Entidad: **MUTUAL SER EPSS**
Grupo Etnico: Ninguno
Discapacidad: Sin Discapacidad

Sistolica: **Diastolica:** **Media:** 0,00 **FC:** **FR:** **TEMP:** **SO2:**

ANALISIS SUBJETIVO: Dolor en rodilla dercha de 2 años de evolución dolor diario constante, dolor al levantarse de la silla, dolor con las escaleras, puede caminar máximo una cuadra, deterior funcional, cojera, dolor diario y limitación funcional severa y deterioro de la calidad de vida, deformidad progresiva en valgo
ap hta + colesterolemia-
ap qx negados
peso 82
talla
imc 35
obeidad grado 2 -

ANALISIS OBJETIVO: Rodilla hiperextensión 10ª, flexión de 90°, lachman negativo, rodilla genu valgo grado 2 flexible,
Rx de rodilla artrosis ahlback 4 externa, defecto en el plato interno

TRATAMIENTO: Paciente candidato para rtr de rodilla derecha-

Artrosis avanzada de la rodilla derecha con dolor severo y deterioro de la calidad de vida, déficit del plato interno y varo severo, , se explican diagnostico pronostico y opciones de manejo así que se decide en conjunto que es candidata a rtr derecha , se requiere tener opción de semi constreñida en sala
Se explica benéficos de la cirugía y riesgos: infección, cojera, dolor, tep tvp, iam, rigidez inestabilidad reintervención, muerte amputación. Pie caído, reintervención fractura lesión vascular nerviosa tendinosa,

Favor autorizar reemplazo de la rodilla derecha , código 815404 . Dr miguel gomez
material: prótesis convencional primaria de rodilla derecha - se requiere prótesis de revisión semiconstreñida

Se ordenan prequirúrgicos:
Hemograma
Tp tpt
Creatinina
Bun
Parcial de orina
Glucosa
Hb glicosilada (para programar debe estar < 7%)
Proteínas totales
Albumina
Ferritina

Rx de torax pa y lat
Ekg
rx de rodillas comparativas ap y lateral

Valoración por med interna
Valoración por anestesia

DIAGNOSTICOS:

Codigo	Nombre	Observaciones Diag.
M171	OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS	

EXAMENES

Codigo y nombre:	Cant.

INDICACIONES MEDICAS