

RC 1092395292 JOSE MANUEL ZAMBRANO ARAUJO

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio Villa del Rosario (MU-54874) - Contrato

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

IPS PROGRESANDO EN SALUD SAS Id: 5457

Tipo Valoración

Consultorio 2024 (2024-01-01 a 2024-12-31) id:1818

Observaciones

DIAGNOSTICOS: Q731



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1218187



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número N

1693304

NUIP 1.092.395.292

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar Parentesco

Datos del Inscripción

Apellidos y Nombres completos

ZAMBRANO ARAUJO JOSE MANUEL.....

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 1 8 Mes D I C Día 3 1 MASCULINO..... +

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

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA.....

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 1 9 Mes E N E Día 2 4 0059485760.....

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ARAUJO SANTIAGO YENNY DEL CARMEN.....

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

DOCUMENTO EXTRANJERO V- 18801175..... VENEZUELA.....

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

ZAMBRANO LASSO VICTOR MANUEL.....

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.140.417.786..... COLOMBIA.....

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

ZAMBRANO LASSO VICTOR MANUEL.....

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.140.417.786.....

Espacio para notas

.....
.....
.....

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO.....

N Códice
4 Y



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....</



SALUD SOCIAL S.A.S.

Direccion Calle 5 # 0-11 Lleras
Teléfono 605 385 5032

PEDIATRIA

HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clínica: 1092395292

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JOSE MANUEL ZAMBRANO ARAUJO Identificación: RegistroCivit: 1092395292 Sexo: Masculino
 Fecha Nacimiento: 31/diciembre/2018 Edad Actual: 5 Años / 8 Meses / 4 Días ID de Genero: Masculino Raza: BLANCO Estado Civil: Soltero
 Dirección: CALLE 5 # 15-41 PRIMERO DE MAYO V.R Teléfono: 3142727547
 Barrio: SIN BARRIO Procedencia: SIN DIRECCION
 Ocupación: Correo Electrónico: noresponder@previsalud.com.co

| DATOS DE INGRESO | | DATOS DE ATENCIÓN | |
|-------------------|-----------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------|
| Entidad... | COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA | Régimen: | Regimen_Simplificado |
| Plan Beneficios: | COOSALUD MODELO RIESGO ENDOCRINO Y METABOLICO | Nivel - Estrato: | SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA) |
| Tipo de contrato: | SUBSIDIADO | Tipo: | Subsidiado |
| Factura_Global | | | |

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 1 (Fecha: 15/04/2024 12:44 p. m.)
 Acompañante: Parentesco: Teléfono Acomp:
 Dirección Resp: Nº Ingreso: 1307761 Fecha: 15/04/2024 11:31:48 a. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

CONTROL

EnfermedadActual

MADRE : YENNI ARAUJO VIVE: MAMA CUIDA : MAMA ESCOLARIDAD: TRANSICION BUEN RENDIMIENTO ESCOLAR ,VACUNAS:
 COMPLETAS POS ALIMENTO : COMPLETO
 ANTECEDENTES ASUNCION CONGENITA ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA
 HOY ASINTOMATICO COME BIEN ORINA BIEN DEPOSICION NORMAL DUEME BIEN

REVISIÓN POR SISTEMAS

| | |
|---------------------------------------|------------|
| Sistema neurológico | No refiere |
| Sistema otorrino | No refiere |
| Sistema respiratorio | No refiere |
| Sistema cardiovascular | No refiere |
| Sistema gastrointestinal | No refiere |
| Sistema genitourinario | No refiere |
| Sistema osteomuscular | No refiere |
| Sistema endocrino | No refiere |
| Sistema linfático | No refiere |
| Sistema tegumentario (piel y faneras) | No refiere |

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Nombre reporte : HCRPHistoBase

TAS: 98 /TAD: 60 TAM: 73 NORMAL FC: 78 FR 22 TEMP. 36,00 SO2
 Peso (Kg) 20,6 Talla (Cms) 111 I.M.C. BAJO PESO
 Escala del Dolor 0 Riesgo OM:

EXAMEN FÍSICO

Estado general: BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATADO, CONCIENTE
 CC MUCOSAS HUMEDAS, CUERLO MOVIL, NO ADENOPATIAS.
 CP RSCRS SIN SOPLOS, RSRS NO AGREGADOS, MV CONSERVADO, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA.
 ABD BLANDO SIN DOLOR, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS PERITONEALES.
 EXT FOCOMELIA MSI: Ausencia de ANTEBRAZO Y MANO PULSOS POSITIVOS, NO EDEMAS.
 SNC SIN DEFICIT, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO.

Cabeza, cara, cuello:**Torax****Abdomen:****Extremidades superiores:****Extremidades inferiores:** FOCOMELIA MSI - AUSENCIA DE DIAPISIS CUBITO RADIO Y MANO**Región lumbosacra:****Genitourinario:****Sistema nervioso central:****Piel y faneras:****ESCALA DE BARTHEL****Comer:****Lavarse:****Vestirse:****Arreglarse:****Deposiciones:****Micción:****Usar el Retrete:** Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa**TOTAL BARTHEL****Trasladarse:**

10

Deambular:**Escalones:**

ANALISIS Y TRATAMIENTO ANTECEDENTE DE AUSENCIA CONGENITA DE ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA SE DAN INDICACIONES SE DA CITA CON ORTOPEDIA INFANTIL
 SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
 SE INDICA SEGUIMIENTO PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - PROGRAMA DE VACUNACION
 PARA SEGUIR ESQUEMA
 debe continuar en su IPS DE PRIMER NIVEL

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**ANTECEDENTES**

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Médicos | 15/04/2024 12:44:50 3 EMB TERMINO CPN (+) CESAREA LLANTO AL NACER PRESENTA FOCOMELIA PESO: p. m. 3.870GR TALLA 57CM ALIMENTO : LECHE MATerna VACUNAS: COMPLETAS POS | |

| | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Fumador | Medida Fumador | Tiempo Fumador | Medida Exfumador | Tiempo Exfumador |
| Fumadores en Casa | Exposición al humo | Tiempo exposición | Mascotas en casa | |
| Sustancias | | | Medida Sustancias | Tiempo Sustancias |

Planifica

FUP G P A C V E M

EXAMENES

| Código | Nombre |
|--------|--------|
| | |

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

| Código | Nombre |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 890281 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA |

Observación: ANTECEDENTE DE AUSENCIA CONGENITA DE ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA SE DAN INDICACIONES SE DA CITA CON ORTOPEDIA INFANTIL

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

| Tipo diagnostico | Código | Nombre | Diagnóstico |
|-----------------------|--------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Impresion_Diagnostica | Q731 | FOCOMELIA, MIEMBRO(S) NO ESPECIFICADO(S) | <input checked="" type="checkbox"/> Principal |

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

MEDICAMENTOS

| CUM | Nombre | Concentración | Presentación | Cantidad |
|-----|--------|---------------|--------------|----------|
| | | | | |

Vía de administración:

Duración:

Días

cación:

INDICACIONES MEDICAS

ANTECEDENTE DE AUSENCIA CONGENITA DE ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA SE DAN INDICACIONES SE DA CITA CON ORTOPEDIA INFANTIL SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA SE INDICA SEGUIMIENTO PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - PROGRAMA DE VACUNACION PARA SEGUIR ESQUEMA debe continuar en su IPS DE PRIMER NIVEL

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

| Código | Nombre |
|--------|--------|
| | |

Observación:

PACHECO CACERES NANCY BEATRIZ

PEDIATRIA

60320878

o 60320878

• 2 •

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|--------------------------|--------------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1092395292 |
| NOMBRES | JOSE MANUEL |
| APELLIDOS | ZAMBRANO ARAUJO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | NORTE DE SANTANDER |
| MUNICIPIO | VILLA DEL ROSARIO |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-------------------|------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| ACTIVO | COOSALUD EPS S.A. | SUBSIDIADO | 14/02/2019 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

Fecha de impresión: 08/28/2024 12:34:19 | Estación de origen: 2800:484:8b94:2300:d9dd:b893:d839:33ca

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la

Registro válido

Fecha de consulta:

28/08/2024

Ficha:

54874351556500002531

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE MANUEL

Apellidos: ZAMBRANO ARAUJO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1092395292

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

14/07/2021

Última actualización ciudadana:

14/07/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid Maria Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

Consejos para ahorrar energía

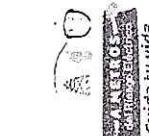
CENS

Chatea con

lucia

Agregá al WhatsApp
323 231 5115

Los servicios de CENS
te ahorran en tu hogar



Curia tu vida

Mejora tu hogar

ahorras en tu factura

CENS
Grupo ePCT

Tu información

Nombre: José Gregorio Cruz Suarez

Dirección: Cl 18 15 - 41

Barrio: Primer De Mayo

Clase de Servicio: Residencial

Ruta: 105 01512231865

Ciudad: Villa Del Rosario

Estrato 2

Tarifa: Generalica

625744

Documento equivalente a factura N° - 1076120035

Fecha de emisión: Agosto 13/2024.

Tu último pago fue:

30/JUL/2024

Pagaste:

\$50,425

Evite la suspensión del Periodos de atraso:

Periodo facturado 08/JUL/2024 a 07/AGO/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

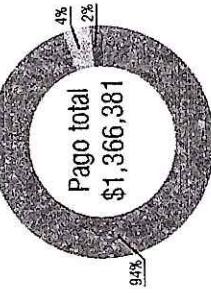
INMEDIATO

Fecha de suspensión:

27/AGO/2024

Días Facturados

31



Siguenos en nuestras redes sociales:
<https://sites.placetopay.com/censcentralselectricasdelns/login>

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a <https://sites.placetopay.com/censcentralselectricasdelns/login>

Medios de pago: <https://sites.placetopay.com/censcentralselectricasdelns/login>

Puntos de pago: <https://sites.placetopay.com/censcentralselectricasdelns/login>

Linea Eléctrica de CENS Ofrece el servicio de suscripción a través de su portal web: www.cens.com.co

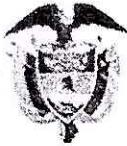
Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

Siguenos en nuestras redes sociales:



Descarga la app CENS www.cens.com.co



COL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 4746464

ARAUJO SANTIAGO

APELLIDOS

YENNY DEL CARMEN

NOMBRES

VEN

NACIONALIDAD

F

SEXO

18801175

DNI Nro.

30-06-1989

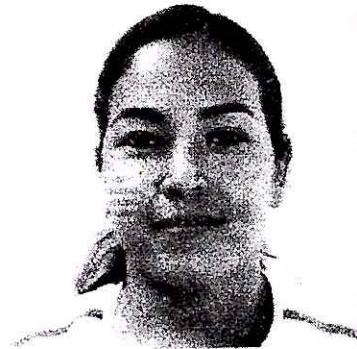
FECHA DE NACIMIENTO

30-12-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



Yenny

FIRMA

VISIBLES

Scanned with ACE Scanner

E2313700



INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia
cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL4746464<<1<<<<<<<<<<<<
8906304F3105308VNE2313700<<8
ARAUJO<SANTIAGO<<YENNY<DEL<CAR

Scanned with ACE Scanner