

P-2510000-43155682-M-1092340460-20061229

05513 06362M 02 221813233

ESE Hospital
Jorge Cristo Schium
Vito del Rosario

PROCESO DE APOYO
AREA DE TERAPIAS.
VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES
FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Garcia	Ramirez	José Alexis	1092340460
Edad: 34	Estado Civil: Soltero	Escolaridad: 5º Primaria	Género: F M X
Dirección: Cl 2 N° 14-50	B. San Gregorio UJR	Teléfono: 320) 2736741	

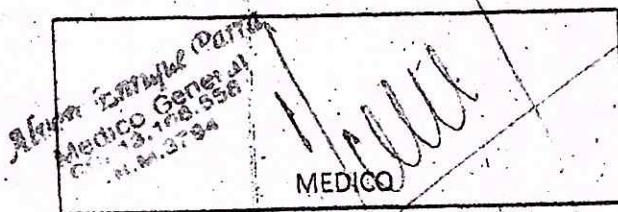
FECHA: AÑO: 2022 MES: 11 DÍA: 25

DIAGNÓSTICO: Hemorragia Tallo Cerebral (I613)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Cuadriplejia Espástica (E824)

Paciente quien hace opx. 14 años sufrió infarto Cerebral en tallo Cerebral occasionando lesión Cerebral permanente con Retardo mental moderado, cuadriplejia espástica, Atrofia generalizada, no controla esfínteres (Nejiga Neurogénica), requiere pañal, permanece en coma hospitalario, no realiza ningún postura del desarrollo motor por Cuadriplejia, clonus permanente que se incrementa al cambio de postura, disartria, se alimenta con sonda por debilidad musculosa deglución, dependiente de todos los factores de la Vida Diaria (Áseo, Vestido, Alimentación, traslados). Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MÚLTIPLE SEVERO (Mental
Motriz
(enjuje))





IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

HISTORIA CLÍNICA

Dirección: CL 2 # 14-50 SAN GREGORIO
Ciudad: VILLA DEL ROSARIO

E-mail:
Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA

Identificación: CC 1092340460

Fecha de nacimiento: 16/06/1988

Estado civil:

Barrio: CENTRO

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Paciente: JOSE ALEXIS GARCIA RAMIREZ

Edad: 35 Sexo: M Tipo vinculación: SUBSIDIADO

Ocupación:

Zona: Urbana

Teléfono: 3202736741 - 3212950912

Estrato:
N. Afiliación:

Parentesco:

Teléfono:

Fecha/ Hora de Atención: 04/05/2024 18:45 - Fecha de digitalización: 04/05/2024 20:16

Consulta control

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL MEDICO DOMICILIARIO

CUIDADOR

JOSE GARCIA

MOTIVO DE INGRESO AL PROGRAMA

MOVILIDAD REDUCIDA VALORACION DEL MES DE MAYO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE SECUELAS DE ISQUEMIA CEREBRAL HACE 18 AÑOS, EPILEPSIA, INCONTINENCIA MIXTA, CUADRIPLEJIA EPASTICA, SINDROME DE INMOBILIDAD, SE REALIZA VISITA MEDICA, QUIEN ACOMPAÑA MADRE (JOSE GARCIA), FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE SE HA ENCONTRADO ESTABLE, ASINTOMATICA, NO HA PRESENTADO FIEBRE, NO VOMITO, NO DIARREA, NO CONVULSIONES, NO DISNEA, CON MEJORIA DE TOS CONTINUA CON TERAPIAS FISICAS , RESPIRATORIAS Y OCUPACIONALES 12 AL MES , SS VALORACION POR ENFERMERIA , SE DEJA ORDEN DE MIPRESS DE PAÑALES TALLA L POR 90 DIAS , SE DEJA MANEJO MEDICO IGUAL

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: SECUELAS DE ISQUEMIA CEREBRAL HACE 18 AÑOS, EPILEPSIA, INCONTINENCIA MIXTA, CUADRIPLEJIA EPASTICA, SINDROME DE INMOBILIDAD

ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIAR NO REFIERE

ANTECEDENTES MÉDICOS

SECUELAS DE ISQUEMIA CEREBRAL HACE 18 AÑOS, EPILEPSIA, INCONTINENCIA MIXTA, CUADRIPLEJIA EPASTICA, SINDROME DE INMOBILIDAD

ANTECEDENTES SISTEMÁTICOS

NO

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

NO

REVISIÓN POR SISTEMA

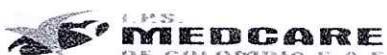
NO

LATERALIDAD

NO

SIGNOS VITALES

INDICACIONES:



IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

HISTORIA CLÍNICA

Identificación: CC 1092340460

Paciente: JOSE ALEXIS GARCIA RAMIREZ

Fecha de nacimiento: 16/06/1988

Edad: 35 Sexo: M Tipo vinculación: SUBSIDIADO

Estado civil:

Ocupación:

NO SE PESA NI TALLA MOVILIDAD REDUCIDA NO SE TOMA GLUCOMETRIA

T.A. (Mm/Hg): 110/70/ F-C (x min): 75 F-R (x min): 20 T (°): 36 S.O (%): 98 Glucometría (mg/dl):

TALLA(m): PESO(Kg): IMC (kg/m²):

ESCALAS

Glasgow: 10 Interpretación: Moderado

Barthel: 5 Interpretación: Total: 0-20 pts

Karnofsky: 40 Interpretación: Imposibilidad de cuidarse a sí mismo, requiere de atención institucional u hospitalaria equivalente, la enfermedad puede progresar rápidamente

EXAMEN FÍSICO

Descripción general: ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES**Cabeza y cuello:** NORMOCEFALA, MUCOSA ORAL HUMEDA, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS**Cardiopulmonar:** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS, BIEN VENTILADOS NO DISNEA, CON MOVILIZACION DE SECRECIONES**Abdomen:** BLANDO, NO MASAS, NO MEGALIA, NO PRESENTA DOLOR, RI POSITIVO**Genitourinario:** NO SE VALORA USO DE PAÑAL DURANTE LA VALORACION**Extremidades:** EUTROFICAS, HIPERTROFIVAS, PULSOS PRESENTES BUEN LLENADO CAPILAR, NO EDEMAS, CON TENDENCIA A PERMANECER EN FLEXION**Sistema Nervioso Central:** POSTRADO EN CAMA, PRESENTA SONIDOS INCOMPRENSIBLES, MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS EN EXTREMIDADES

ESTADO ACTUAL

Complicaciones: NO**Accidentes:** NO**Eventos adversos:** NO

EVOLUCIÓN

Análisis de estudios diagnósticos

NO HAY RECIENTES

Análisis de laboratorios clínicos

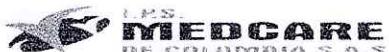
NO HAY

Ánalisis

PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE SECUELAS DE ISQUEMIA CEREBRAL HACE 18 AÑOS, EPILEPSIA, INCONTINENCIA MIXTA, CUADRIPLEJIA EPASTICA, SINDROME DE INMOBILIDAD, SE REALIZA VISITA MEDICA, QUIEN ACOMPAÑA MADRE (JOSE GARCIA), FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE SE HA ENCONTRADO ESTABLE, ASINTOMATICA, NO HA PRESENTADO FIEBRE, NO VOMITO, NO DIARREA, NO CONVULSIONES, NO DISNEA, CON MEJORIA DE TOS CONTINUA CON TERAPIAS FISICAS, RESPIRATORIAS Y OCUPACIONALES 12 AL MES , SS VALORACION POR ENFERMERIA , SE DEJA ORDEN DE MIPRESS DE PAÑALES TALLA L POR 90 DIAS , SE DEJA MANEJO MEDICO IGUAL

Plan

1.PAQUETE PACIENTE CRONICO CON TERAPIAS. -CONTROL MEDICO DOMICILIARIO MENSUAL - SS VALORACION POR ENFERMERIA - SS TERAPIAS OCUPACIONAL DOMICILIARIAS # 12 AL MES 2. SS TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS # 15 AL MES 3. SS TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS # 30 AL MES 4. SS TERAPIAS FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA # 15



IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

HISTORIA CLÍNICA

Identificación: CC 1092340460

Paciente: JOSE ALEXIS GARCIA RAMIREZ

Fecha de nacimiento: 16/06/1988

Edad: 35 Sexo: M Tipo vinculación: SUBSIDIADO

Estado civil:

Ocupación:

AL MES 5. SE DEJA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO Y SE DEJA ORDEN DE MIPRESS PAÑALES TALLA L POR 90 DIAS
 6. SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE POR MAS DE 48 HORAS, CONVULSIONES, VOMITA TODO , DIARREA ABUDANTE, DETERIORO FISICO MARCADO , NO RESPONDE A ESTIMULOS , SANGRADOS PROFUSOS, DOLOR TORAXICO OPRESIVO , DOLOR ABDOMINAL FUERTE Y PERSISTENTE, PERDIDA DE LA MOVILIDAD DE UNA EXTREMIDAD, CEFALEA DE GRAN INTENSIDAD PASAR A URGENCIAS DE INMEDIATO. 7. RECOMENDACIONES: HABITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES, DIETA HIPOSODICA, DIETA HIPOGLUCIDA, HIDRATACION DE LA PIEL, FAMILIARES DEBEN APOYAR CON CUIDADOS, REALIZAR CAMBIO DE POSICION CADA 2 HORAS PARA EVITAR ESCARAS, NO PERMANECER INACTIVA, TERAPIAS. 8. ORDENES VIGENTES DE PAÑALES TALLA L MIPRESS

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	TIPO	PRINCIPAL
I693	SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL	CONFIRMADO REPETIDO	(X)
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	
M623	SINDROME DE INMOVILIDAD (PARAPLEJICO)	CONFIRMADO REPETIDO	
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	CONFIRMADO REPETIDO	
R15X	INCONTINENCIA FECAL	CONFIRMADO REPETIDO	

FINALIDAD DE CONSULTA

CAUSA EXTERNA

CONDICIONES GENERALES AL MOMENTO DEL EGRESO

CC : 1090499319

MEDICO GENERAL

Tarjeta Profesional: 1090499319



ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1092340460
NOMBRES	JOSE ALEXIS
APELLIDOS	GARCIA RAMIREZ
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de 07/03/2024 | Estación
 Impresión: 16:03:46 | de 2801:12:c800:2070::1
 origen:

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

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



Fecha de consulta

03/07/2024

Ficha

54874001553400000187

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: **JOSE ALEXIS**

Apellidos: **GARCIA RAMIREZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1092340460**

Municipio: **Villa del Rosario**

Departamento: **Norte de Santander**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

23/03/2024

Última actualización ciudadano:

23/03/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

Tu seguridad no es un juego, hurtar infraestructura eléctrica es un delito que pone en riesgo tu vida y afecta la prestación del servicio.

Consultalo en la línea 01 8000 414115



Ecoparque Río Pamplonita en el malecón

Viernes 1 de diciembre
6:30 p.m.

Acompáñanos en el recorrido por las 7 estaciones de la magia de nuestra historia.

Inscríbete



Ecoparque Río Pamplonita

CENS

www.cens.com.co

Ruta 100 - Carrera 10

Bogotá - Colombia

Tel: +57 1 320 00 00

E-mail: ecoparque@censtv.com

Facebook: [ecoparqueroipamplonita](https://facebook.com/ecoparqueroipamplonita)

Instagram: [ecoparqueroipamplonita](https://instagram.com/ecoparqueroipamplonita)

Twitter: [ecoparqueroipamplonita](https://twitter.com/ecoparqueroipamplonita)

YouTube: [ecoparqueroipamplonita](https://youtube.com/ecoparqueroipamplonita)

LinkedIn: [ecoparqueroipamplonita](https://linkedin.com/ecoparqueroipamplonita)

WhatsApp: [ecoparqueroipamplonita](https://whatsapp.com/ecoparqueroipamplonita)

Waze: [ecoparqueroipamplonita](https://waze.com/ecoparqueroipamplonita)

Mapa: [ecoparqueroipamplonita](https://mapa.com/ecoparqueroipamplonita)

Importante

Viernes 1 de diciembre
6:30 p.m.

Acompáñanos en el recorrido por las 7 estaciones de la magia de nuestra historia.

Inscríbete



Ecoparque Río Pamplonita

CENS

www.cens.com.co

Ruta 100 - Carrera 10

Bogotá - Colombia

Tel: +57 1 320 00 00

E-mail: ecoparque@censtv.com

Facebook: [ecoparqueroipamplonita](https://facebook.com/ecoparqueroipamplonita)

Instagram: [ecoparqueroipamplonita](https://instagram.com/ecoparqueroipamplonita)

Twitter: [ecoparqueroipamplonita](https://twitter.com/ecoparqueroipamplonita)

YouTube: [ecoparqueroipamplonita](https://youtube.com/ecoparqueroipamplonita)

Waze: [ecoparqueroipamplonita](https://waze.com/ecoparqueroipamplonita)

Mapa: [ecoparqueroipamplonita](https://mapa.com/ecoparqueroipamplonita)

Tu Información

Nombre: Jose Eli Garcia Montero

Dirección: Clz 2n 14-50

Barrio: San Gregorio

Clase de Servicio: Residencial

Ruta: 105 01512325255

Tarifa: Generica

Lema: La Caja Social de CENS cumple con su compromiso de ofrecer servicios de calidad y a precios justos.

Consejos: Los consejos y sugerencias de los clientes son muy importantes para nosotros.

Atención: Atención personalizada y eficiente.

Transparencia: Transparencia en todos los procesos.

Respeto: Respeto a la dignidad y privacidad de cada cliente.

Servicio: Servicio excepcional y continuo.

Calidad: Calidad en todo lo que hacemos.

Confianza: Confianza en la calidad y experiencia de nuestros servicios.

Integración: Integración entre todos los servicios ofrecidos.

Cooperación: Cooperación entre todos los empleados.

Responsabilidad: Responsabilidad social y ambiental.

Experiencia: Experiencia en el sector energético.

Excellence: Excelencia en todo lo que hacemos.

Excellence: Excellence in everything we do.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **27.891.968**

RAMIREZ JAIMES

APELLIDOS

CARMEN ELODIA

NOMBRES

Carmen Ramirez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-1959**

RAGONVALIA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

13-SEP-1978 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Santander, Juncal, 1978
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2510000-00129177-F-0027891968-20081118

0006266321A 2

7580001656

Direccion: Carr 2da 14-50 San gregorio.

Telef: 3202736741 - 3212950917

Correo: Tatarausca@Hotmail.com

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

DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

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

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	JOSE ALEXIS GARCIA RAMIREZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	1.092.340.460 de Villa del Rosario
Edad	36 años
Género	Masculino
Dirección	Calle 2N #14-50 Barrio San Gregorio
Teléfono fijo	3202736741
No. de Celular (2 números si es posible)	3212950917
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	tatarusa@hotmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (X) No Aplica: ()
Nombre Completo del Representante	CARMEN ELODIA RAMIREZ JAIMES
Parentesco de la PCD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	27.891.968 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3212950917

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	890727
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G800 – G403
Fuente de Recursos de la autorización	<input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023 <input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios <input type="checkbox"/> Empresa Privada <input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional <input type="checkbox"/> Sistema General de Regalías
Carta de manifestación del pago directo a la IPS del procedimiento de la valoración por parte de la Empresa Privada y datos de contacto del solicitante que presentó a la personas. Cuando aplique.	Si _____ No Aplica _____ Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584
Datos de contacto para la asignación de la cita de valoración por equipo multidisciplinario en la IPS (dirección, teléfono, municipio, correo electrónico)	IPS Progresando en Salud, Ubicada en el municipio de Cúcuta, Dirección: Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita Teléfono: 3188631534 Para Citas Email: aux.gestion.ipspresando@gmail.com
INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES	
Indicar si la persona requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea institucional o domiciliaria, de acuerdo con lo establecido por el médico tratante.	Consulta Institucional: <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Telemedicina: _____ Justificación si requiere consulta domiciliaria: _____ _____
Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación: a) Movilidad, b) Comunicación y acceso a la comunicación y c) Persona de apoyo.	Si Aplica: _____ No Aplica: _____ Movilidad: _____ Comunicación: _____ Persona de apoyo: <input checked="" type="checkbox"/> Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor Esther Flórez Ramos
Cédula del funcionario	C.C. No. 60.412.223 de Villa del Rosario
Cargo del funcionario que emite la autorización	Técnico Administrativo Secretaría de Salud
Firma del funcionario que emite la autorización	