

CC 60443153 CANDIDA ROSA MIRANDA

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

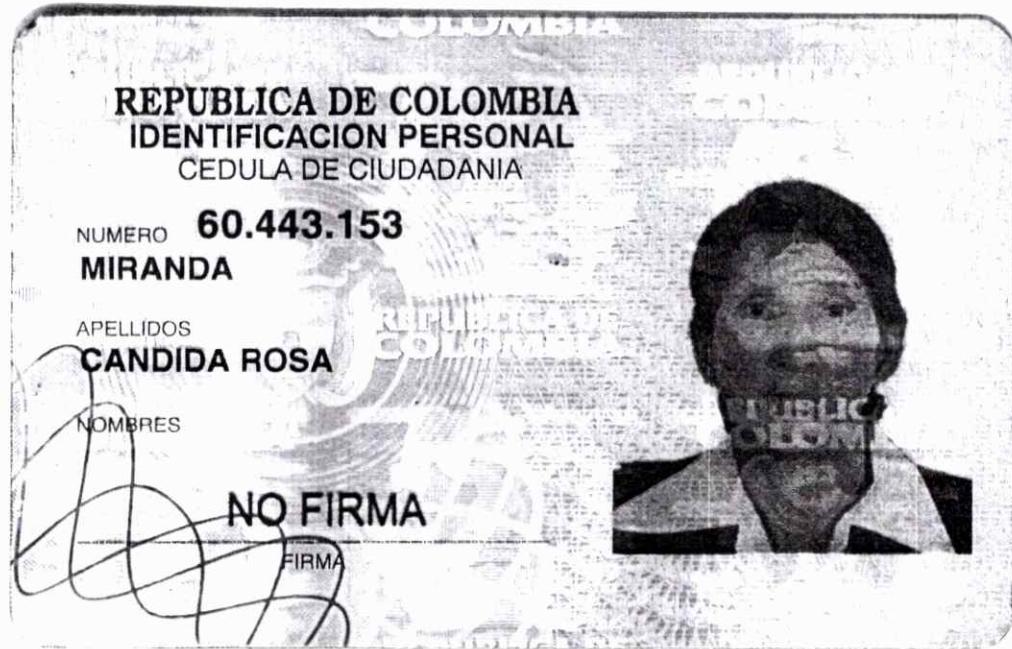
Observaciones

CEL. 3148182839 - 3143979524



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 993747



FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1963**

LUGAR DE NACIMIENTO
LOS PATIOS
(NORTE DE SANTANDER)

INDICE DERECHO

ESTATURA **1.60** PESO **A+** G.S. RH **F** SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2510000-00336460-F-0060443153-20110917

0028104714A 1

36926829

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR, HOY COLOMBIA MAYOR
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CERTIFICADO

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Fecha de expedición | AGOSTO 17/2021 |
| Ciudad de expedición | VILLA DEL ROSARIO |
| Departamento de expedición | NORTE SANTANDER |

II. INFORMACIÓN GENERAL DE QUIEN ELABORA EL CERTIFICADO

| | |
|----------------------------|---------------------------------|
| Autoridad | Agosto 17/2021 |
| Número | Agosto 17/2021 |
| No. de Tarjeta Profesional | MEDICO 13-12734 CC-100-07711 |

DATOS PERSONALES DEL ADULTO MAYOR

| | |
|------------------------|--------------------|
| Apellido | Miranda |
| Nombres | Candido Posso |
| Documento de identidad | CED. Nro. 60445413 |
| Fecha de Nacimiento | 10/10/1963 |
| Edad | 58 |
| Género | Femenino |
| Educación | Básica |
| Ocupación | Primaria |
| | Secundaria |
| | Técnico |
| | U.L. |
| | Separado |
| | Univ. |
| | Analfabeto |
| | Otro |

FUNDAMENTOS DE LA CERTIFICACIÓN:

RELACIÓN DE DOCUMENTOS

| DOCUMENTO | SE TUVO EN CUENTA |
|--------------------------|-------------------|
| HOJA DE VIDA | |
| CARTELITA | |
| EXAMENES CLÍNICOS | |
| RESUMEN HISTORIA CLÍNICA | |
| EXAMENES FISICOS | |
| OTROS | |

CONCEPTO PARA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

| |
|---------------------------|
| - Retardo Mental Moderado |
|---------------------------|

¹ O nombre de la Universidad si se encuentra realizando el servicio social obligatorio

- Pcte Sordomudo.
- Trastorno Conducta y Comportamiento
- Conducta Retraída
- Afesis Moderada
- Prueba Romberg. (+)

- trastorno de la Comunicación con el Entorno

- Cumple órdenes sencillas No complejas
- Habilidades Acompañamiento permanente

- CAPACIDAD MULTIPLE MODERADA
Mental- lenguaje- Audición

RESPONSABLE DEL CERTIFICADO

| | | |
|-------------------|--|-------|
| | | |
| Alvaro Enrique Pa | | |
| Nombre | | |
| Medico General | | |
| CC. 1234567890 | | |
| N.M. 0794 | | |
| | | Firma |

Neifí Tibisay Abal
Trabajante

Neifí Abal pp006392



HISTORIA CLÍNICA MEDICINA INTERNA

Nº Historia Clínica: 60443153

DATOS PERSONALES

| | | | |
|-------------------|----------------------|--|-------------------------------|
| Nombre Paciente: | CANDIDA ROSA MIRANDA | Identificación: Cédula Ciudadanía 60443153 | Sexo: Femenino |
| Fecha Nacimiento: | 10/noviembre/1963 | Edad Actual: | 59 Años / 3 Meses / 25 Días |
| Estado Civil: | Soltero | Teléfono: | 3212565627 |
| Dirección: | calle11 #14-30 | Procedencia: | CUCUTA |
| Barrio: | PARAMO | Correo Electrónico: | noresponder@previsalud.com.co |
| Ocupación: | | | |

DATOS DE AFILIACIÓN

| | | | |
|-------------------|--|------------------|---|
| Entidad: | COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA | Régimen: | Regimen_Simplificado |
| Plan Beneficios: | CUCUTA PAQUETE INTEGRAL RCV SUBSIDIADO | Nivel - Estrato: | SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA) |
| Tipo de contrato: | Factura_Global | Tipo: | Subsidiado |

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 2

(Fecha: 06/03/2023 09:37 a. m.)

| | | |
|-----------------|-------------|---|
| Acompañante: | Parentesco: | Teléfono Acomp: |
| Dirección Resp: | | Nº Ingreso: 280362 Fecha: 6/03/2023 8:15:05 a. m. |

Motivo de consulta

se realiza consulta medica espejo de medicina interna dr andres felipe ramirez

Enfermedad Actual

con equipo de protección persona ante la presencia de virus respiratorio altamente contagioso covid 19 y según lineamientos establecidos por el ministerio de salud y la organización mundial de la salud se realiza consulta médica presencial paciente de 59 años con antecedente parálisis cerebral discapacidad en el habla y para la marcha HTA en tto con losartan 50 mg cada 12 horas en el momento no refiere sintomatología relacionada niega hospitalizaciones recientes en los últimos 3 meses

| | |
|-----------------------------|--------------|
| Hipertensión controlada | Si |
| Diabetes controlada | No aplica |
| Enfermedad renal crónica | Si Estadio 2 |
| Compromiso de órgano blanco | No |
| Ejercicio | No |
| Fuma | No |
| Alcohol | No |
| Estado nutricional | Normo peso |

| | |
|--------------------------|------------|
| Sistema neurológico | No Refiere |
| Sistema otorrino | No Refiere |
| Sistema respiratorio | No Refiere |
| Sistema cardiovascular | No Refiere |
| Sistema gastrointestinal | No Refiere |

Nombre reporte : HCRPHistoBase

1/4

Usuario: 663719

Sistema genitourinario No Refiere
Sistema osteomuscular No Refiere
Sistema endocrino No Refiere
Sistema linfático No Refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras) No Refiere

PAS : 120 PAD : 80 TAM : 9,333 FC : 85 FR : 18 TEMP : 36,50 Peso : 54 Talla : 155 IMC : 2248,0

| | | | |
|-------------------------|----|--------------------|-----------------------|
| NORMAL | | PESO NORMAL | |
| Per Cintura : | 85 | Per Cadera : | 93 |
| Indice Cintura Cadera : | | 91 | Superficie Corporal : |
| Escala Dolor : | | | |

Estado General c/c normocefalo cuello sin masa sni adenopatias mucosa oral humeda
c/p rsos ritmicos sin soplos rsrs murmullo vesicular conservado sin agregados
torax normoexpansible sin signos de dificultad respiratoria
abd blando no doloroso a al palpacion no signos de irritacion peritoneal rsis positivos
Cabeza/cráneo
Fondo de ojo
Cuello
Tórax
Abdomen
Extremidades superiores
Extremidades inferiores eutroficas sin alteraciones
Región lumbosacra
Genitourinario
Sistema nervioso central sin deficit sensitivo ni motor
Piel y faneras

Hemograma
Glicemia basal
Hemoglobina glicosilada
Colesterol total
Triglicéridos
Colesterol HDL
Colesterol LDL
Parcial de orina
Creatinina sérica
Microalbuminuria
Creatinuria
Relación albumina/creatinina
Parathormona
Proteínas en orina de 24 horas

Electrocardiograma
Ecocardiograma

| Clasificación de riesgo | 2. Riesgo Alto | Disminución de riesgo | No | Riesgo metabólico | NO CALCULADO | Riesgo por ICC | BAJO RIESGO |
|-------------------------|----------------|-----------------------|----|-------------------|--------------|----------------|-------------|
|-------------------------|----------------|-----------------------|----|-------------------|--------------|----------------|-------------|

paciente de 59 años con antecedente parálisis cerebral discapacidad en el habla y para la marcha HTA en tto con losartan 50 mg cada 12 horas en el momento no refiere sintomatología relacionada niega hospitalizaciones recientes en los últimos 3 meses paciente hemodinámicamente estable afibril hidratado sin signos de dificultad respiratoria adecuada saturación de oxígeno ambiente se decide continuar manejo medico farmacológico instaurado control pro su IPS DE ATENCION primaria hospital villa del rosario

- SE DAN RECOMENDACIONES DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, SE CONCIENTIZA Y SE HACE ENFASIS EN PLAN NUTRICIONAL INSTAURADO Y MEDIDAS DE AUTOCUIDADO
- REALIZAR CAMINATA DIARIA POR 30 MINUTOS, SE DAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA
- RESTRICCION DE AGRAVANTES
- MANTENERSE HIDRATADO (RESTRICCION EN CASO DE FALLA CARDIACA Y PACIENTE RENAL EN DIALISIS)
- ESTABLECER UN HORARIO PARA LA ALIMENTACION
- SE ORDENA DISMINUIR LA INGESTA DE SAL
- NO CONSUMIR FRITOS O GUIOSOS
- NO JUGOS (INCLUIDOS NATURALES)
- CONSUMIR FRUTAS ENTERAS Y VERDURAS
- NO BEBIDA INDUSTRIALES Y AZUCARADAS (GASEOSAS - PONNY - FRUTIÑO - PANELADA - SUNTE - ECT)
- NO DULCES
- DSMINUIR CONSUMO DE CARNES ROJAS
- NO VISCERAS NI EMBUTIDO
- AUMENTAR CONSUMO DE CARNES BLANCAS
- DISMINUIR CONSUMO DE PRODUCTOS DE PANADERIA (PAN - GALLETAS)
- CONTROLAR CONSUMO DE HARINAS : 1 SOLA POR COMIDA
- SE CONTRAINDICA AINES TIPO: IBUPROFENO, NAPROXENO, DICLOFENACO, GENTAMICINA, AMIKACINA, ESTUDIOS CON MEDIOS DE CONTRASTES IODADOS
- EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL
- EVITAR USO DE CIGARRILLO Y/O TABACO
- CONTINUAR SEGUIMIENTO CON EL PROGRAMA

| Fecha | Codigo - Nombre | Ultima dosis | Ajuste de dosis | Definicion de caso | Observaciones |
|-------|-----------------|--------------|-----------------|--------------------|---------------|
|-------|-----------------|--------------|-----------------|--------------------|---------------|

| ANTECEDENTES | | OBSERVACIONES | |
|--------------|----------------------|---|--|
| TIPO | FECHA | | |
| Traumáticos | 6/12/2022 6:36:52 a. | hijo de la paciente manifiesta trauma en la cabeza el cual hizo que la paciente perdiera la capacidad de hablar | |

| Fumador | Medida Fumador | Tiempo Fumador | Medida Exfumador | Tiempo Exfumador |
|-------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| Fumadores en Casa | Exposición al humo tabaco | Timepo exposición Cell8 3 | Medida Exposición | Mascotas en casa |
| Sustancias | | | Medida Sustancias | Timepo Sustancias |

| Planifica | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| FUP | G | P | A | C | V | E | M |

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

Observación:

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

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

Observación:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

| Tipo diagnostico | Código | Nombre | Diagnóstico | | |
|-----------------------|-----------|-----------------------------------|---|--------------|----------|
| Impresion_Diagnostica | I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | <input checked="" type="checkbox"/> Principal | | |
| Finalidad Consulta: | No_Aplica | Causa Externa: Enfermedad_General | | | |
| CUM | | Nombre | Concentración | Presentación | Cantidad |

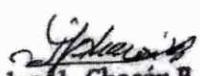
Vía de administración: Duración: Días

Indicación:

recomendaciones
 hábitos de vida saludable ejercicio de acuerdo a condición física alimentación balanceada priorizando grupo de alimentos proteína animal vegetales y frutas
 ingesta de agua tener un adecuado patrón de sueño. ante la presencia de virus respiratorio altamente contagioso covid 19 y siguiendo lineamientos establecidos por el ministerio de protección social y la organización mundial de la salud se recomienda medidas de protección personal uso de tapabocas lavados de manos
 signos de alarma
 ante la presencia de síntomas cardiovasculares dolor en el pecho síntomas disautonómicos diaforesis mareo náuseas disnea fatiga síntomas gastrointestinales depuraciones líquidas dolor abdominal distensión abdominal asistir por urgencias

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

Observación:



José L. Chacón B.
 Médico Internista
 Reg. M. 663719

CHACON BLANCO JOSE LUCIANO
 MEDICINA INTERNA
 663719 o 663719



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 | 60443153 |
| NOMBRES | CANDIDA ROSA |
| APELLIDOS | MIRANDA |
| 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 | 10/08/2021 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

Fecha de Impresión: 07/02/2024 17:11:54 | Estación de origen: 192.168.70.220

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

Verificación - Calidad del Registro - Desmejoramiento en variables de nivel educativo

Fecha de consulta:

02/09/2024

Ficha:

54874357561200000200

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CANDIDA ROSA

Apellidos: MIRANDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60443153

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/05/2022

Última actualización ciudadano: 26/05/2022

Última actualización via 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

Avanza del Oriente S.A.E.S.
Calle 10 # 10-14 EDF. SEADE OF 201
Somos autorretenedores Res. 0547 de 25/01/2002 y Grandes
Contribuyentes Res. DIAN 012220 de 26/12/2022.

Autorización Numeración de Facturación

Numeración autorizada
Rango Desde FACTO Hasta FACT50000000
Vigencia desde 2024-04-08 Hasta 2026-04-08
730 Días.
18754068641210

Código de usuario
y/o referencia

80357

ROQUE JULIO RIVERA PINZON
CR 11 14 30 EL PARAMO
2186612
VILLA DEL ROSARIO

Total a pagar 1 + 2 \$96.650,00

Pago oportuno hasta INMEDIATO

Fecha de suspensión INMEDIATO

Fecha y hora de generación 2024-08-16

Fecha y hora de expedición 2024-08-16

Forma de pago Crédito

Factura electrónica de venta FACT808125

Ruta 602036618531 Ciclo 36

Último pago 2024-07-12 Atraso 1

Mora% 2.159 Corriente% 2.159 Mora P. Servicio% N/A

Valores en reclamación \$0,00

CUFE: a1ea3ad61e780c6e11c9e58f63aebe54dbbda4b5319cc3cc901bab07100ccb90d6ca0634136304eedabe3fb84cc977644

| 1 | Código | Concepto | Und | Cant | Valor unitario | Subtotal | I/V/A | Total |
|----|--------|----------------|-----|-------|----------------|--------------|-------|--------------|
| DA | | Deuda Anterior | UND | 1,00 | \$70.080,00 | \$70.080,00 | 0 | \$70.080,00 |
| 12 | FE | Ajuste decena | UND | 1,00 | \$-4,72 | \$-4,72 | 0 | \$-4,72 |
| 02 | FE | Consumo | M3 | 15,12 | \$3.786,26 | \$57.248,25 | 0 | \$57.248,25 |
| 03 | | Subsidio | UND | 15,12 | \$-2.121,82 | \$-32.081,92 | 0 | \$-32.081,92 |

Subtotal \$95.241,61

07 FE Interes por Mora UND 1,00 \$1.408,39 \$1.408,39 0 \$1.408,39

Subtotal \$1.408,39

Valor total \$96.650,00

| 2 | Concepto | Und | Cant | Valor unitario | Subtotal | I/V/A | Total |
|---|----------|-----|------|----------------|----------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Subtotal

\$0,00

| 3 | Concepto | Saldo | Cuota mes | Vr. cuota | Nuevo saldo | Cuotas pend. |
|---|----------|-------|-----------|-----------|-------------|--------------|
| | | | Cuota | Interés | | |
| | | | | | | |

Total items: 3

Total factura electrónica: \$58.651,92

Total a pagar 1 + 2 \$96.650,00

El fraude atenta contra su vida, la de sus vecinos y pone en riesgo su inmueble. Denúncielo. LÍNEA DE ATENCIÓN 6075748888-018000999188 - LÍNEA EMERGENCIA 164 - 3105845521



(415)7709998000674(8020)31611708(3900)0000096650(96)20240903

FAVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CODIGO DE BARRAS

Próximas fechas

Lectura

Entrega fact.

Revisión periódica

Fecha vencimiento:

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| 06-JUL-2024 | Periodo facturado 05-AGO-2024 | Días facturados 31 |
| Medidor No. | 0901215965 | Estrato 1-U DOM DOM |
| Lectura | Fecha | Tipo |
| Anterior | 1404 | 2024-07-05 Real |
| Actual | 1420 | 2024-08-05 Real |
| Factor de corrección 0,945 | Consumo corregido 15,12 | |
| Poder calorífico 1067,00 | Consumo Kw/H 166,92 | Valor Kw/H 11,04 |
| Observaciones de lectura | | |

Indicadores de calidad/ver publicación www.gasesdeloriente.com.co



Cupo disponible

\$0,00

USUARIO EN MORA: Evítese suspensión del servicio, sobrecostos y reporte a las centrales de riesgo. Por lo anterior cumpliendo con las disposiciones normativas del Artículo 12 de la Ley 1266 de 2008, se informa: que si transcurridos veinte (20) días calendario siguientes al recibido de esta factura no se encuentra al día en la obligación, se registrará un reporte negativo en las Centrales de Riesgo.

A partir del 24/07/24, la metodología para definir las desviaciones significativas del consumo cambiará, su nueva estructuración podrá ser consultada en el Anexo 1 al CCU publicado en la página web desde el 20/07/24. Para mayor información consultar el Boletín Informativo numero 05-2024 publicado en la página www.gasesdeloriente.com.co.

Código usuario y/o referencia 80357

Periodo de facturación 06-JUL-2024-05-AGO-2024

Factura electrónica de FACT808125

venda INMEDIATO

Pague hasta INMEDIATO

Total a pagar \$96.650,00

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **88.131.302**

MIRANDA

APELLIDOS

FREDDY OMAR

NOMBRES

Freddy Omar Miranda

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

ESTATURA

A+

G.S. RH

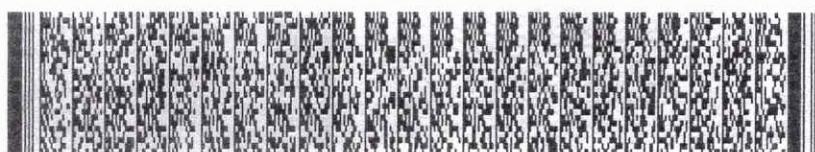
M

SEXO

03-MAY-2002 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-2500100-00858636-M-0088131302-20161025

0051982490A 4

7614119584