

CC 1010086783 MARLON DAVID SANDOVAL GELVEZ

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: G805 - G803 - R32X - R15X - ASODICAP



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 860620

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.010.086.783

SANDOVAL GELVEZ

APELLIDOS

MARLON DAVID

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-2001

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.27
ESTATURA

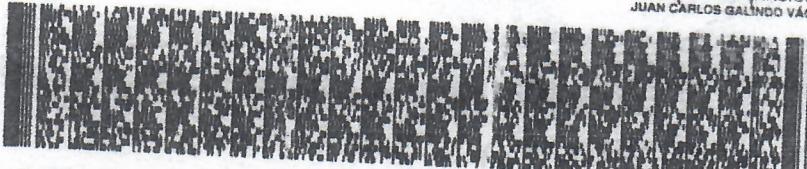
A+
G. S. RH

M
SEXO

15-MAY-2019 VILLA DEL ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO



P-2510000-01080149-M-1010086783-20190705

0065964991A 1

51859995

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

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Sandoval	2do. Apellido Gelvez	Nombres Marlon David	DOCUMENTO: 1010086783
Edad : 21	Estado Civil : Soltero	Escolaridad: -	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: Cra 10 N° 18-25 B. Santa Barbara Oficio		Teléfono: 312/4774035	

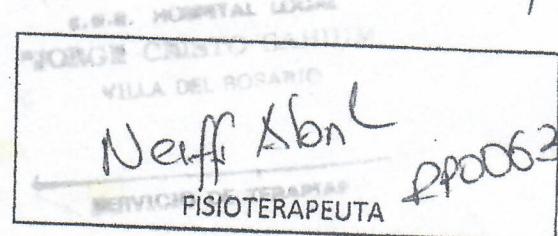
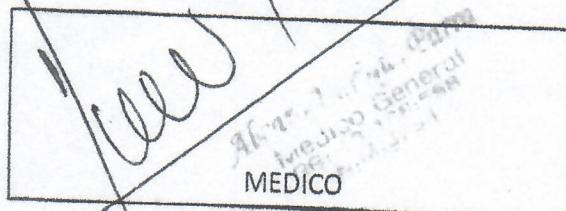
FECHA: AÑO: 2022 MES: 12 DIA: 01 Cuadriplejia (580J)

DIAGNÓSTICO: Parálisis Cerebral Disinética (5803)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Incontinencia Urinaria (R32X)
Incontinencia fecal (R15X)

Paciente quien al 1½ año de nacimiento presentó cuadro convulsivo incontrolado que le generó Parálisis Cerebral Disinética y Cuadriplejia, No Realiza ninguna postura del desarrollo motor normal, No controla esfínteres, presenta aun cuadro convulsivo, recibe tratamiento farmacológico permanente. (Tridafat) Dependencia total en las Actividades de la Vida Diaria. No habla.
Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA (Mórbida Mental Lenguaje)



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 27/03/2024

INGRESO : 1523288

SANDOVAL GELVEZ MARLON DAVID

CC - 1010086783

Edad : 23A 0M 1D

Nacimiento : 26/03/2001

Sexo : Masculino

Teléfono : 3124774035

Dirección : CARRERA 10 N 18-25 BARRIO SANTA BARBARA

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

MOTIVO CONSULTA: CONTROL MEDICO / INCONTEICNIA DE ESIFNETRES

ENFERMEDAD ACTUAL : PAICNEET MASUCLINO DE 23 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE INCONTEICNIA DE ESIFNETRES SECUNDARIO A PATOLOGIA NUEORLOGIA PARALISIS CEREBRAL. PAICNTE A FRAGIL QUIEN REUIQRE USO PERMNTA DE PAÑAL.

PARACLINICOS : NO TRAE

ANTECEDENTES :

QUIRÚRGICOS: LA MAMA NIEGA

TRANSFUSIONALES: LA MAMA NIEGA

TRAUMÁTICOS: LA MAMA NIEGA

HOSPITALIZACIONES: POR CONVULSIONES A LOS 15 MESES

PATÓLOGICOS: PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA, INCONTINENCIA FECAL Y URINARIA, INDICE DE BARTHEL PARA DEPENDENCIA TOTAL

TOXICÓLOGICOS: LA MAMA NIEGA TODO

REVISIÓN POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES

Peso : 0 kg

Temperatura : 0 °C

Presión Arterial Sistólica: 0 mmHg

Talla : 0 cm

Frecuencia Respiratoria : 0 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 0 mmHg

I.M.C. : 0 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 0 V x Min

EXÁMEN FÍSICO :

Músculo - Esquelético (Normal). Músculo - Esqueletico

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal). ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). NEUROLÓGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

PLAN DE MANEJO :

PAQUETE DE PAÑITOS HUMEDOS (Cantidad: 15) USAR CON CADA CAMBIO DE PAÑAL CADA 6 HORAS POR 90 DIAS : 5 PAQUETES CADA 30 DIAS: 15 PAQUETES CADA 90 DIAS

LUBRIDERM CREMA 750ML (Cantidad: 9)

USO TRES FRASCOS CADA 30 DIAS : 9 FRASCOS EN 90 DIAS

ORDEN MEDICA (Cantidad: 360)

PAÑALES DESECHABLES WINNY ETAPA 6 (360) USO UN PAÑAL CADA 6 HORAS POR 90 DIAS

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA (Cantidad: 120) 1 UND CADA 6 HORAS POR 30 DIAS

MEDICAMENTO (Cantidad: 12) OXIDO DE ZINC + NISTATINA 20%/100000UI TUBO 60 GRAMOS. USO 12 TUBOS AL MES POR TRES MESES.

DIAGNÓSTICO :

R32X - INCONTINENCIA URINARIA NO ESPECIFICADA - (Impresión Diagnóstica)

R15X - INCONTINENCIA FECAL

G803 - PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA

LO ANOTADO

ANÁLISIS :

PAICNETE CLCINAI Y HENDNET STTBLES

Registro válido

Fecha de consulta:

03/07/2024

A1

Ficha:

54874019553900000722

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARLON DAVID

Apellidos: SANDOVAL GELVEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1010086783

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/06/2024

Última actualización ciudadano:

18/06/2024

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:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

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	1010086783
NOMBRES	MARLON DAVID
APELLIDOS	SANDOVAL GELVEZ
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: 07/03/2024 16:28:48 |
 Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2000

Calle 23 N.12-20 Barrio Gran Colombia -
Villa del Rosario (N. de S.)
PBX: 5705436 Técnica

Calle 4 N.6-37 Barrio Centro
Villa del Rosario (N. de S.)
Tel. 5704123 Comercial

Email: atencionusuariovr.co@aqualia.com

ACUEDUCTO

No del Medidor 18243957

Lectura Actual 522

Lectura Anterior 518

Consumo 4

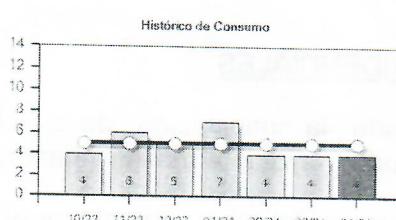
Real/Estimado R

Promedio Usuario 5

Promedio Estrato 12

Tasa de Uso 0.00

Porcentaje (Sub/Apo) -20.00 %



MATRICULA 3100011613

Número Factura 01355719-1

TOTAL A PAGAR \$20,030.00

Fecha Límite de Pago 14/05/2024

Fecha de Suspensión 15/05/2024

Facturas Vencidas 0

Fecha Factura 27/04/2024

Fecha Ultimo pago 03-04-2024 - \$39,540.00

	M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor
Cargo Fijo		8,757.05	8,757.05	-1,751.41	7,005.64
Consumo Básico	4	2,295.57	9,182.28	-1,836.44	7,345.84
Consumo Complet.	0		0.00	0.00	0.00
Consumo Suntuaria	0		0.00	0.00	0.00

ALCANTARILLADO

Subtotal Acueducto \$14,351.48

Vertimiento 4

Promedio Usuario 5

Promedio Estrato 12

Tasa Retributiva 0.00

Porcentaje (Sub/Apo) -20.00 %

	M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor
Cargo Fijo		4,319.57	4,319.57	-863.91	3,455.66
Vertim.Básico	4	1,011.57	4,046.28	-809.24	3,237.04
Vertim.Comple	0		0.00	0.00	0.00
Vertim.Suntuaria	0		0.00	0.00	0.00

OTROS COBROS

Subtotal Alcantarillado \$6,692.70

Nombre Concepto

Valor Nombre Concepto

Valor

Ajuste Decena

-4.63

Subtotal Otros Cobros \$ -4.63

DEUDA

TOTAL MES \$21,039.55

N.Convenio	Cuota	Detalle Financiaciones			Saldo	Valor Facturas Vencidas	Valor Retroactivo por Variación Tarifaria	Valor Cuota DIFERIDO COVID-19	Valor Cuota Otras Financiaciones	(-) Devolución Acueducto INIC	(-) Devolución Alcantarillado INIC	(-) Saldo a Favor	Reliquidaciones y Financiaciones	Valores En Reclamación	\$0.00
		Vr.Cuota	Vr.Capital	Vr.Intereses											

El no pago oportuno de la factura dará lugar a la suspensión del servicio a partir de la fecha indicada en esta. Contra la decisión de suspender el servicio por mora, procede el recurso de reposición ante la empresa y en subsidio el de apelación ante la SSPD dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta factura.

Esta Factura presta mérito ejecutivo conforme a las reglas del Derecho Civil y Comercial (Artículo 130 Ley 142/94) y a las condiciones del Contrato de Condiciones Uniformes.

[Handwritten Signature]
REPRESENTANTE LEGAL

TOTAL A PAGAR \$ 20,030.00

Total Cartera Adeudada \$21,039.55

Número Factura 01355719-1 Matricula 3100011613

Municipio	VILLA DEL ROSARIO	TOTAL A PAGAR \$20,030.00
Nombre	HIGUERA GONZALO .	Total Cartera Adeudada
Dirección	CL 18 9-81	\$21,039.55
Periodo	13/03/2024 - 12/04/2024	



(415)7709998385450(8020)0013557191(3900)0000020030(96)20240531

AQUALIA VILLA DEL ROSARIO SAS ESP

Nit. 901.368.043-5

Planes De Financiación

PAGA A TU MEDIDA

- Este plan está diseñado para los usuarios que se encuentren en mora con hasta dos facturas vencidas, diferiendo la deuda en dos pagos hasta completar el valor total.

PLAN A LA CARTA – USUARIOS RESIDENCIALES

- Este plan está diseñado para facilitarle la financiación de las obligaciones vencidas a todos los usuarios con deuda mayor a 4 meses y hasta 23 meses.
- La cuota inicial será el pago de la factura del mes corriente y el saldo será diferido en 60 meses.

PLAN PARA DEUDAS MAYOR A 24 MESES Y HASTA 39 MESES

- El usuario podrá realizar financiación con el pago de la factura del mes.
- A este plan sólo pueden acceder los usuarios residenciales.
- El no pago de dos cuotas consecutivas, dará lugar a la cancelación del acuerdo de pago y a la suspensión del servicio.

PLAN FACILÍSIMO PARA COMERCIALES

- Este plan está diseñado para facilitar la financiación de las obligaciones con deuda mayor a 4 meses, la cuota inicial mínima será del 20% y 30% del saldo diferido a 24 meses.

¡APROVECHA ESTA OPORTUNIDAD Y NORMALIZA TU DEUDA!

Acércate a la oficina de atención al usuario y recibe más información

Puntos de pago autorizados

COOMPENS
Servimos con Agilidad y Responsabilidad

 Para qué giros cuando hay...
SuperGIROS

BBVA

 **APUESTAS CÚCUTA 75**
J.J.PITA & CIA. S.A.

 **OPAGO FÁCIL**
coguadimales

**aqualia**

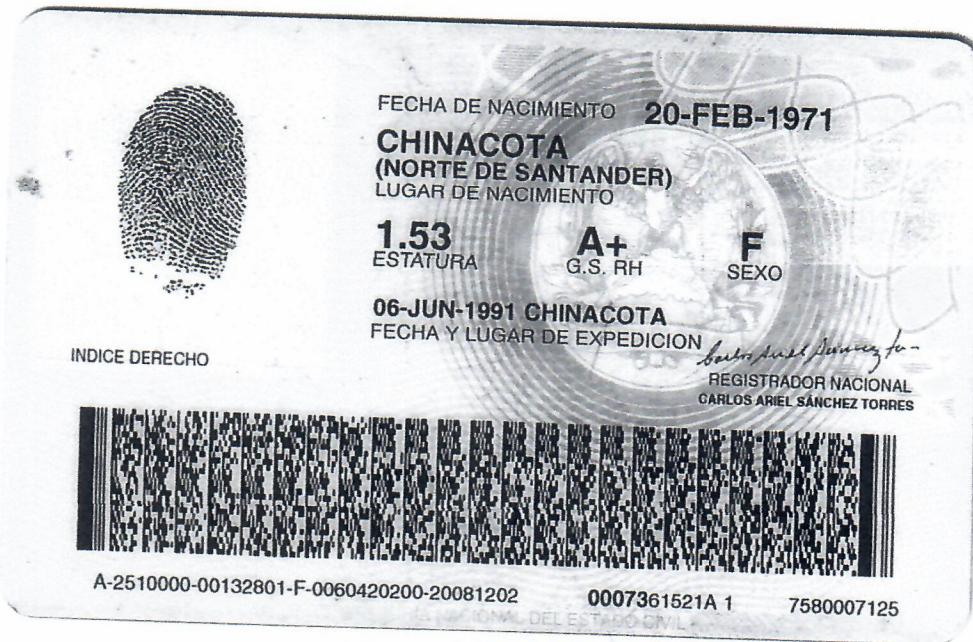
Tu compañía del agua



Cuidadora

Telf: 312 4774035
300 168 0223

Correo : asodicap@gmail.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	22 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	22 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	MARLON DAVID SANDOVAL GELVEZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	1.010.086.783 de Villa del Rosario
Edad	23 años
Genero	Femenino
Dirección	Calle 18 #9-81 Barrio Santa Bárbara
Teléfono fijo	3124774035
No. de Celular (2 números si es posible)	3001680223
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	asodicap@gmail.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	MARIA MATILDE GELVEZ GELVEZ
Parentesco de la PCD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.420.200 de Chinácota
Teléfono fijo y/o No. de celular	3001680223

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)	860620
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G805 – G803 – R32X – R15X
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	