

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio Villa del Rosario (MU-54874) - Contrato Prest. Servicios No. 249

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: S682 - ASODICAP

Confirmación de Registro



Autorización registrada exitosamente con código: 804413



312 339 8208
313 393 0933

maylinduarte@gmail.com





CLINICA SANTA ANA S.A

Nit: 890500060

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PACIENTE CC 13929770

WILLIAM HERNAN DUARTE QUINTERO

Documento: CC 13929770 Fecha Nacimiento: dic. 24 1979 Edad: 44 Años Sexo: Hombre Pertenencia Étnica: Otros
 Estado Civil: Union Libre Ocupación: Independiente Grupo Poblacional: Otros grupos Poblacionales
 Dirección: CRR 17 6-37 BARRIO NARIÑO Lugar de Residencia CUCUTA - NORTE DE SANTANDER
 N°. Ingreso: 810781 Teléfono: 3118570213
 Entidad Pagadora: COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA COMPARTA EPS-S COMPARTA-Si Tipo Afiliado:

CONSULTA MEDICO ESPECIALISTA - septiembre 06 2019 05:31 p. m. - N° de Ingreso: 810781

Datos Generales

Especialidad: Ortopedia Y Traumatología
 Ubicación: CONSULTA EXTERNA SEDE NORTE
 Responsable: - Parentesco: Sin acompañante - Teléfono:
 Acompañante: - Parentesco: Sin acompañante - Teléfono:

Consulta

Causa Externa: Otra
 Motivo Paciente: CONTROL
 Enfermedad Actual: FC: 03/08/19

ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE M S DERECHO
 SE REALIZA EN II Y I DEDOS MANO DERECHA
 LAVADO Y DESBRIDAMIENTO
 CURETAJE OSEO
 OSTEOTOMIA DE FALANGES
 TENORRAFIA DE FLEXORES CON EXTENSORES
 COLGAJOS LOCALES CON BUENA COBERTURA
 SE DEJA CURA LOCAL
 //

33 DIAS
 HERIDAS CICATRIZADAS
 MOVILIDAD ACEPTABLE
 SE REMITE A TERAPIA FISICA
 RECOMENDACIONES

Signos Vitales

- Peso 81 kg
 - Talla 1.85 Cm

Diagnósticos

- AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)(S682) - Impresión Diagnóstica. LATERALIDAD: No Aplica - Principal

Concepto

Concepto: 33 DIAS
 HERIDAS CICATRIZADAS EN AMBOS DEDOS AMPUTADOS INDICE Y PULGAR DERECHOS
 MOVILIDAD ACEPTABLE
 SE REMITE A TERAPIA FISICA
 RECOMENDACIONES
 Plan de tratamiento: SE REMITE A TERAPIA FISICA
 RECOMENDACIONES
 Destino: Domicilio

CLINICA SANTA ANA S.A - Cód. Habilitación: 540010060301

Dirección: AV 11 E 8-41 Barrio Colsag Cúcuta N.D.S., CUCUTA - Teléfono: 5895753

Impreso por: EDINSON YAIR PRATO SEPULVEDA

Fecha de impresión: jul. 04 2024 09:58 a.m.

Página: 1 de 2

La Clínica Santa Ana S.A. mantendrá almacenados los datos recolectados y guardará su confidencialidad atendiendo los requisitos de seguridad exigidos por la ley 1581 de 2012 y demás normas que adicionen o sustituyan. Con el envío de sus datos usted autoriza a la clínica de manera previa, expresa e informada a la institución, para que realice operaciones tales como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia, transmisión, cotejo de sus datos personales recogido sobre ellas en bases de datos, archivos y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales.

CLINICA SANTA ANA S.A.
Nit: 890500060
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PACIENTE CC 13929770

WILLIAM HERNAN DUARTE QUINTERO

Documento: CC 13929770 **Fecha Nacimiento:** dic. 24 1979 **Edad:** 44 Años **Sexo:** Hombre **Pertenencia Étnica:** Otros
Estado Civil: Union Libre **Ocupación:** Independiente
Dirección: CRR 17 6-37 BARRIO NARIÑO **Lugar de Residencia:** CUCUTA - NORTE DE SANTANDER
Nº. Ingreso: 810781 **Teléfono:** 3118570213
Entidad Pagadora: COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA COMPARTA EPS-S COMPARTA-S1Tipo Afiliado:



RM 2954.

Profesional: FELIX BICHARA BITAR YIDI
Identificación: CC 13450677
Reg. Médico: 2954
Especialidad: Ortopedia Y Traumatología

CLINICA SANTA ANA S.A. - Cód. Habilitación: 540010060301

Dirección: AV 11 E 8 -41 Barrio Colsag Cúcuta N.D.S., CUCUTA - Teléfono: 5895753

Impreso por: EDINSON YAIR PRATO SEPULVEDA

Fecha de Impresión: jul. 04 2024 09:58 a. m.

Página: 2 de 2

La Clínica Santa Ana S.A. mantendrá almacenados los datos recolectados y guardará su confidencialidad atendiendo los requisitos de seguridad exigidos por la ley 1581 de 2012 y demás normas que adicionen o sustituyan. Con el envío de sus datos usted autoriza a la clínica de manera previa, expresa e informada a la institución, para que realice operaciones tales como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia, transmisión, cotejo de sus datos personales recogido sobre ellas en bases de datos, archivos y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales.



CLINICA SANTA ANA S.A

Nit: 890500060

EPICRISIS

Historia N° CC 13929770

WILLIAM HERNAN DUARTE QUINTERO

Documento: CC 13929770 Fecha Nacimiento: dic. 24 1979 Edad: 39 Años Sexo: Hombre Pertenencia Étnica: Otros
 Estado Civil: Union Libre Ocupación: Independiente Grupo Poblacional: Otros grupos Poblacionales
 Dirección: CRR 17 6-37 BARRIO NARIÑO Lugar de Residencia: CUCUTA - NORTE DE SANTANDER
 Teléfono: 3118570213 N.º Ingreso: 797287
 Entidad Pagadora: COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA COMPARTA EPS-S COMPARTA-Si Tipo Afiliado:

EPICRISIS - FECHA REGISTRO : agosto 03 2019 01:11 p. m.

DATOS DE INGRESO N.º 797287

Servicio General Adultos Profesional que Ingresa: JAIRO STEVEN VILLAMIZAR GALVIS Fecha: ago. 02 2019 04:21 p. m.
 MOTIVO DE CONSULTA: REMITIDO DE VILLA DEL ROSARIO " ME QUITE LOS DEDOS"

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE TRAIDO EN AMBULANCIA EN COMPAÑIA DE LA ESPOSA, REFIERE QUE ESTABA EN LA CASA CORTANDO MADERA CON UNA SIERRA Y SE PRODUCE HERIDA CON AMPUTACION DEL 1ER Y 2DO DEDO DE LA MANO DERECHA, REFIERE DESDE ENTONCES SANGRADO CON DOLOR EN LAS HERIDAS, ES LLEVADO A HOSPITAL DE VILLA DEL ROSARIO DONDE LE APlican AB, TOXOIDES Y DECIDEN REMITIR PARA VALORACION POR ORTOPEDIA.

SIGNS VITALES:

- Frecuencia Cardiaca 85 V x Min
 - Peso 81 Kg

REVISIÓN POR SISTEMAS:

- PIEL Y FANERAS (ANORMAL). HERIDA EN DEDOS

EXÁMEN FISICO:

- Orofacial (NORMAL). Mucosa oral húmeda, no halitosis, dentadura en buen estado general, lengua limpia, paladar normal, no se observa escrurimiento posterior, amígdalas normales.
 - Cuello (NORMAL). Simétrico, sin signos de rigidez, no adenopatías, no ingurgitación yugular ni soplos carotideos, tiroides de tamaño y forma normal, no doloroso a la palpación.
 - Cardiovascular (NORMAL). Ruidos cardíacos rítmicos regulares sin soplos ni agregados.
 - Respiratorio (NORMAL). Ruidos respiratorios bien transmitidos, murmullo vesicular simétrico, ventilación pulmonar sin agregados.
 - Abdomen (NORMAL). Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial Ruidos Intestinales presentes sin alteración, no presenta masas ni visceromegalias, puñopercusión negativo, blumberg negativo, rovsing negativo.
 - Neurológico (NORMAL). Consciente, alerta, orientado en las 3 esferas, pares craneales normales, no presenta déficit motor ni sensitivo, sin signos de focalización, reflejos osteotendinosos normales, no reflejos patológicos, no hay presencia de signos meníngeos.
 - Extremidades (ANORMAL). -MANO DER: 1ER DEDO: SE APRECIA AMPUTACION PARCIAL DE LA FALANGE DISTAL SIN SANGRADO ACTIVO BORDES IRREGULARES CON RESIDUOS DE MADERA. 2DO DEDO: CON AMPUTACION PARCIAL AL PARECER DE LA FALANGE MEDIA BORDES IRREGULARES SIN SANGRADO ACTIVO RESIDUOS DE MADERA.

CONCEPTO: PACIENTE CON AMPUTACION PARCIAL DEL 1ER Y 2DO DEDO DE LA MANO DERECHA, POR LO TANTO, SE DEJA EN OBSERVACIÓN SE INDICA MANEJO MEDICO Y SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA. LAVADO DE HERIDA. TOMA DE RX.

PLAN DE MANEJO: OBSERVACIÓN

-NVO
 -SLS 0.9% A 80 CC/HR
 -DIPIRONA 2.5 GM IV C/8HR
 -CEFALOTINA 2GM IV C/6HR
 -TRAMADOL 50 MG IV C/12HR
 -HEMOGRAMA
 -RX DE MANO DER
 -CURACION Y LAVADO DE HERIDA CON 1000 CC DE SLS
 -VALORACION POR ORTOPEDIA
 -CSV-AC

Diagnóstico - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)(S682) - Impresión Diagnóstica. LATERALIDAD: No Aplica - Principal

CLINICA SANTA ANA S.A - Cód. Habilitación: 540010060301
 Dirección: AV 11 E 8 -41 Barrio Colsag Cúcuta N.D.S., CUCUTA - Teléfono: 5895753



CLINICA SANTA ANA S.A

Nit: 890500060

EPICRISIS

Historia N° CC 13929770

WILLIAM HERNAN DUARTE QUINTERO

Documento: CC 13929770

Fecha Nacimiento: dic. 24 1979

Edad: 39 Años

Sexo: Hombre

Pertenencia Étnica: Otros

Estado Civil: Union Libre

Ocupación: Independiente

Grupo Poblacional: Otros grupos Poblacionales

Dirección: CRR 17 6-37 BARRIO NARIÑO

Lugar de Residencia: CUCUTA - NORTE DE SANTANDER

Teléfono: 3118570213

Nº. Ingreso: 797287

Entidad Pagadora: COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA COMPARTA EPS-S COMPARTA-Sí Tipo Afiliado:

CONSULTAS Y EVOLUCIONES

INTERCONSULTAS - 02/ago./2019 05:10 p. m.

ESTADO ACTUAL

PACIENTE TRAIDO EN AMBULANCIA EN COMPAÑIA DE LA ESPOSA, REFIERE QUE ESTABA EN LA CASA CORTANDO MADERA CON UNA SIERRA Y SE PRODUCE HERIDA CON AMPUTACION DEL 1ER Y 2DO DEDO DE LA MANO DERECHA, REFIERE DESDE ENTONCES SANGRADO CON DOLOR EN LAS HERIDAS, ES LLEVADO A HOSPITAL DE VILLA DEL ROSARIO DONDE LE APlican AB, TOXOIDE Y DECIDEN REMITIR PARA VALORACION POR ORTOPEDIA.

PACIENTE QUIEN PRESENTA LESION AUTOINFRIGIDA CON APARATO MECANIZADO SIERRA PRESENTANDO AMPUTACION DE I Y SEGUNDO DEDO MANO DERECHA, PACIENTE TRAE LA PARTE TERMINAL DE LOS DEDOS CON LESIONES DESTROZADAS NO COMPATIBLES CON REIMPLANTE POR EL DAÑO DE LOS MUÑONES

SE SOLICITA TURNO QUIRURGICO

SE EXPLICA LAS LESIONES PRESENTES LAS IMPLICACIONES Y COMPLICACIONES POSIBLES Y PROBABLES E IGUALMENTE DEL PROCEDIMIENTO A SEGUIR, LOS RIESGOS PROPIOS DE LA LESION Y DE LA CIRUGIA, 'PACIENTE AUTORIZA PROCEDIMIENTOS PLANTEADOS

DIAGNOSTICOS

- AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)(S682) - Impresión Diagnóstica. LATERALIDAD: No Aplica - Principal

CONCEPTO

PACIENTE QUIEN PRESENTA LESION AUTOINFRIGIDA CON APARATO MECANIZADO SIERRA PRESENTANDO AMPUTACION DE I Y SEGUNDO DEDO MANO DERECHA, PACIENTE TRAE LA PARTE TERMINAL DE LOS DEDOS CON LESIONES DESTROZADAS NO COMPATIBLES CON REIMPLANTE POR EL DAÑO DE LOS MUÑONES

SE SOLICITA TURNO QUIRURGICO

PLAN DE MANEJO

TURNO QUIRURGICO

HEMOGRAMA

FELIX BICHARA BITAR YIDI

Ortopedia Y Traumatología

RM. 2954 CC: 13450677

EVOLUCIÓN MEDICA - 03/ago./2019 08:11 a. m.

ESTADO ACTUAL

PACIENTE DE 39 AÑOS E EDAD CON DX DE:

1. LESION AUTOINFRIGIDA CON APARATO MECANIZADO SIERRA PRESENTANDO AMPUTACION DE I Y SEGUNDO DEDO MANO DERECHA,
S/ APCIENTE ESTABLE TOLERANDO EL DOLOR

SIGNOS VITALES

- Peso 81 Kg

DIAGNOSTICOS

- AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)(S682) - Impresión Diagnóstica. LATERALIDAD: No Aplica - Principal

CONCEPTO

PACIENTE CON AMPUTACION Y TRAUMATICA EN 12 DEDOS DE LA MANO DERECHA, PACIENTE TRAE LA PARTE TERMINAL DE LOS DEDOS CON LESIONES DESTROZADAS

**CLINICA SANTA ANA S.A****Nit: 890500060****EPICRISIS****Historia N° CC 13929770****WILLIAM HERNAN DUARTE QUINTERO**

Documento: CC 13929770

Fecha Nacimiento: dic. 24 1979

Edad: 39 Años

Sexo: Hombre

Pertenencia Étnica: Otros

Estado Civil: Union Libre

Ocupación: Independiente

Grupo Poblacional: Otros grupos Poblacionales

Dirección: CRR 17 6-37 BARRIO NARIÑO

Lugar de Residencia: CUCUTA - NORTE DE SANTANDER

Teléfono: 3118570213

Nº. Ingreso: 797287

Entidad Pagadora: COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA COMPARTA EPS-S COMPARTA-SI Tipo Afiliado:

PLAN DE MANEJO
PEDIENTE TURNO QX

GLORIA STEFANY PACHECO SIERRA
Medicina General
RM. 1090429010 CC: 1090429010

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA

- DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA Aug 3 2019 1:08PM

Inicia Procedimiento: Aug 3 2019 11:30AM

Finaliza Procedimiento: Aug 3 2019 12:40PM

Tiempo Quirúrgico: 70

Tipo Programación: Coordinación

Sala: SALA CIRUGIA 1

Finalidad del Procedimiento: Terapéutico

Reintervención: No

Recien Nacido: No

Suspensión del Procedimiento: No

Conversión del Procedimiento: No

Presenta Complicaciones: No

Eventos Adversos: No

Presenta Procedimientos Intra Operatorios No Quirúrgicos: No

Descripción Quirúrgica: ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE M S DERECHO

SE REALIZA EN II Y I DEDOS MANO DERECHA

LAVADO Y DESBRIDAMIENTO

CURETAJE OSEO

OSTEOTOMIA DE FALANGES

TENORRAFIA DE FLEXORES CON EXTENSORES

COLGAJOS LOCALES CON BUENA COBERTURA

SE DEJA CUR ALOCAL

Posición del Paciente: Decúbito Supino

Recuerto de Compresas: Completo

Clasificación de la Herida: Limpia Contaminada

Sangrado:

Envío a Anatomía Patológica: No

Toma de muestras de Laboratorio: No

Estado final del Paciente: Vivo

Destino: Domicilio

* TÉCNICA ANESTÉSICA

Local - Sedación

*** DIAGNÓSTICOS PRE-OPERATORIOS**

AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL) (S682) Diagnóstico Principal

CLINICA SANTA ANA S.A - Cód. Habilitación: 540010060301

Dirección: AV 11 E 8 -41 Barrio Colsag Cúcuta N.D.S., CUCUTA - Teléfono: 5895753

**CLINICA SANTA ANA S.A****Nit: 890500060****EPICRISIS****Historia N° CC 13929770****WILLIAM HERNAN DUARTE QUINTERO**

Documento: CC 13929770

Fecha Nacimiento: dic. 24 1979

Edad: 39 Años

Sexo: Hombre

Pertenencia Étnica: Otros

Estado Civil: Union Libre

Ocupación: Independiente

Grupo Poblacional: Otros grupos Poblacionales

Dirección: CRR 17 6-37 BARRIO NARIÑO

Lugar de Residencia: CUCUTA - NORTE DE SANTANDER

Teléfono: 3118570213

Nº. Ingreso: 797287

Entidad Pagadora: COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA COMPARTA EPS-S COMPARTA-S1Tipo Afiliado:

* EQUIPO QUIRÚRGICO

- HUGO ALDO FUENTES URIBE (Anestesiólogo). Especialidad: Anestesiología
- CARLOS RAFAEL GALVIS AGELVIS (Cirujano Ayudante). Especialidad: Medicina General
- FELIX BICHARA BITAR YIDI (Cirujano Especialista). Especialidad: Ortopedia Y Traumatología

* PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

- 14104 -SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)@. Derecho. Dos Vías. - COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS. Derecho. Tres Vías. - OSTEOOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS) SOD +. Derecho. Dos Vías. - TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA. Derecho. Dos Vías.

* DIAGNÓSTICOS POST-OPERATORIOS

AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL) (S682) Diagnóstico Principal

DATOS DE EGRESO**Cama Egreso: OBU10****Fecha: ago. 03 2019 01:08 p. m.****Servicio Cirugia Ortopedia****Diagnóstico AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL) (S682)**

CONDICION GENERAL: Estado al egreso: Vivo

Destino : Domicilio

PLAN DE MANEJO:

Profesional: FELIX BICHARA BITAR YIDI

Reg. Médico: 2954

Especialidad: Ortopedia Y Traumatología

La salud
es de todos

MinSalud

Registro para la Localización y
Caracterización de Personas con
DiscapacidadLogin: RD16040698854874 Usuario: YENI YUSMARY ESTEBAN ESPINOSA
Entidad: 548740000000 SECRETARIA MUNICIPAL DE VILLA DEL ROSARIO

- Consultar Registros
- Monitoreo
- Consultar Histórico
- Reportes
- Cambiar Contraseña
- Salir

REGISTRO GUARDADO EXITOSAMENTE	
Tipo de Documento:	Cédula Ciudadanía
Número de Documento:	13929770
Primer Apellido:	DUARTE
Segundo Apellido:	QUINTERO
Primer Nombre:	WILLIAM
Segundo Nombre:	HERNAN

Atención al usuario: Teléfono en Bogotá D.C. +57(1)589 3750, en el resto del país 016000 960020
Horario de lunes a viernes 7am a 8pm, sábados de 8am a 1pm - Jornada continua
Correo electrónico discapacidad@minsalud.gov.co Centro de Contacto al Ciudadano
Ministerio de Salud y Protección Social

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	13929770
NOMBRES	WILLIAM HERNAN
APELLIDOS	DUARTE QUINTERO
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 Impresión: 07/04/2024 | **Estación de origen:** 192.168.70.220
 09:07:04

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

Registro válido

Fecha de consulta:

19/07/2024

Ficha:

54874351556700027206

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: WILLIAM HERNAN

Apellidos: DUARTE QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13929770

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/05/2023

Última actualización ciudadano: 03/05/2023

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

Consejos para ahorrar energía

(Chatea con Lucía, chat bot de CENS)

SOMOS



Indicadores transformador	DIU G	DIU	HC	At Compensar S	Qt	Gp Calidad	FUG	FIU	VG	CEC	%
---------------------------	-------	-----	----	----------------	----	------------	-----	-----	----	-----	---

Compensación Calidad del Servicio

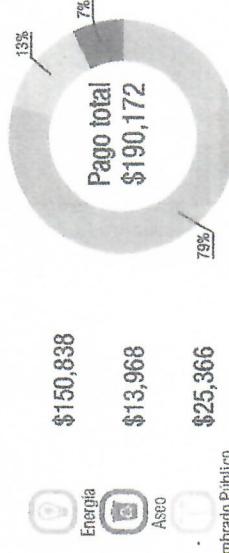
Mes	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Periodo Actual			
T116532-De la Empresa			
41.74	0	0	0
13.717	301.762	21	15
		12	0
			16

Información de tu instalación

Medidor Activa:	7648140
Medidor Reactiva:	
Alimentador:	SANC43
Nivel de tensión:	1
Carga instalada:	1
Constante de medida:	1

Fecha de vencimiento

30
Facultades
Días
Pago oportunio hasta:
26/JUN/2024
Pago con recargo hasta:
03/JUL/2024



Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a [nuestros sitios](http://sites.nacionnav.com/censoenrataselectricas/necesitas/)

Apostas Cúcuta 75 - BBVA - Compeccens - Cognasimales - Almacenes Éxito - Ilínea Bancolombia - Davivienda - Efecty- PTM - Banco de Bogotá - Banco Caixa Social - Banco Popular - Red Millonarios - Raízen - Raízen Aeránin - Cajeros en Movimiento ATM - EuroCajacol - Interbancario - Caja de Pensiones y de Ahorros - Seguros

Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115
Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #315 Sur de Cesar y de Bolívar
Sigueños en nuestras redes sociales

Reporte de tangos en suave demanda al 113 - #313 Sinfónicos de César y de Bolívar

SÍGUELOS EN LAS REDES SOCIALES



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	18 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	18 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	WILLIAM HERNAN DUARTE QUINTERO
Tipo de Documento Identidad	R.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Número de Documento de Identidad	13.929.770 de Málaga
Edad	44 años
Genero	Masculino
Dirección	Carrera 17 #6N-37 Barrio Antonio Nariño
Teléfono fijo	3123398208
No. de Celular (2 números si es posible)	3133930933
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	maylinduarte@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: <input checked="" type="checkbox"/> No Aplica: <input type="checkbox"/>
Nombre Completo del Representante	BLANCA CECILIA MEJIA LIZARAZO
Parentesco de la PCD	Esposa
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	28.228.795 de Macaravita
Teléfono fijo y/o No. de celular	3133930933

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)	804413
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	S682
Fuente de Recursos de la autorización	<p><input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios</p> <p><input type="checkbox"/> Empresa Privada</p> <p><input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional</p> <p><input type="checkbox"/> Sistema General de Regalías</p>
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.	<p>Si _____ No Aplica _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>No. de Teléfono: _____</p> <p>Nombre de la Empresa: _____</p>

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
Cedula 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	