

## 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: 6365

### Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2460

### Observaciones

DX: F840-F929-F701 - RECURSOS PROPIOS



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1358888





REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

58119895

NUIP	1093317235
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	N	7	C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA NOTARIA 5 CUCUTA * * * * *															

Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
PEREZ * * * * *								SOLORZANO * * * * *							
Nombre(s)															
YANUEL ALEJANDRO * * * * *															
Fecha de nacimiento															
Año				Mes		Día		Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo		Factor RH	
2 0 2 0				M A Y		2 0		MASCULINO				O		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)															
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA * * * * *															

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos										Número certificado de nacido vivo					
I.C.B.F. (INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR)										* * * * *					

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)															
Apellidos y nombres completos															
PEREZ SOLORZANO YULETZI BRIYIT * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
DE No. 24215085 * * * * *															
Nacionalidad															
VENEZUELA * * * * *															

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)															
Apellidos y nombres completos															
* * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
SIN INFORMACIÓN * * * * *															
Nacionalidad															
* * * * *															

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
DEFENSOR DE FAMILIA ICBF * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
* * * * *															
Firma															

Datos primer testigo															
Apellidos y nombres completos															
* * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
* * * * *															
Firma															
* * * * *															

Datos segundo testigo															
Apellidos y nombres completos															
* * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
* * * * *															
Firma															
* * * * *															

Fecha de inscripción										Nombre y firma del funcionario que autoriza					
Año				Mes		Día		LUIS ALBERTO CASTILLO ALVAREZ							
2 0 2 4				F E B		0 7		Nombre y firma							

## ASOCIACION NINOS DE PAPEL - CUCUTA

Código del  
Prestador: 540010325601 Nit: 800099778  
Dirección: CALLE 14 # 1 55 Y 57 BARRIO LA  
PLAYA  
Teléfono: 6019140091-3182106656  
Web: www.ninosdepapel.org  
Email: cucuta@ninosdepapel.org

Fecha de Impresión: 2025/01/16 16:04:08  
Impreso por: ERIKA JOHANNA BURGOS  
HERNANDEZ  
HISTORIA CLÍNICA

### Datos del Paciente

Identificación: RC - 1093317235 Paciente: PEREZ SOLORZANO YANUEL ALEJANDRO  
Fecha Ingreso: 2025/01/16 Hora Ing: 14:55 Ingreso: 948704  
Fecha Atención: 2025/01/16 15:45  
Fecha Cierre  
HC:  
Fecha Naci: 2020-05-20 Edad: 4 años Sexo: M  
Nro.Historia: RC1093317235 Tipo Usuario: Beneficiario  
Telefono: 3103259304 Estrato: EXENTO DE PAGO Municipio: DEL ROSARIO  
Dirección: CALLE 10D # 0 - 88 Estado Civil:  
Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A  
Contrato: NUEVA EPS EVENTO SUBSIDIADO CUC  
Acompañante: CARMEN TIFANO Tel. Acompañante: 3103259304  
Responsable: FABIOLA TIFANO LAGUADO  
Parentesco:  
Dirección:

### DATOS HISTORIA CLINICA

#### VALORACIÓN INICIAL POR PSIQUIATRIA

#### MOTIVO DE CONSULTA

Priera vez edad: 4 años natural cucuta residnet: cucuta escolaridad: ninguna religion: catolico vive con hogar sustituto acompanyante: madre sustituta

#### ENFERMEDAD ACTUAL

"es muy hiperactivo, camina en corcursos, no se queda quieto" Paciente con deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación y el pensamiento abstracto, con claros problemas en el aprendizaje académico, quien de manera concomitante manifiesta deficiencias del comportamiento y en el lenguaje, asociada a Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social, con falta en la reciprocidad socioemocional, con problemas conductas comunicativas no verbales, en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, en quien se observa Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, con Movimientos estereotipados, Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad, Intereses muy restringidos y fijos que son anormales con Hiperreactividad a los estímulos sensoriales, paciente con retraso en su neurodesarrollo, esperado para la edad, se desconoce alteraciones maternas o perinatales, con dificultades para la marcha o el habla, pobre socialización, se interrogan por síntomas psicóticos lo cuales niega, no conductas desorganizadas, sobre la funcionalidad es autónoma o independiente para sus actividades básicas cotidianas y de higiene, con necesidad de apoyo y acompañamiento y supervisión, niega consumo de spa y posible abuso en su niñez.

#### 1. ANTECEDENTES PERSONALES

##### 1.1 Perinatales/Postnatales

#### OBSERVACIONES/COMPLICACIONES

se desconocen

##### 1.2 Desarrollo Psicoevolutivo

se desconocen

##### 1.3 Estresores Psicosociales

##### 1.4 NEURODESARROLLO Y LENGUAJE

se desconocen

#### 2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y PSIQUIATRICOS

##### 5. HABITOS Y RUTINAS DE LA VIDA DIARIA

##### 6. EXAMEN MENTAL

#### Porte y Actitud

Paciente quien ingresa a consultorio por sus propios medios, en compañía de acudiente, con adecuada higiene personal, vestida adecuadamente, apariencia física correspondiente con edad cronológica, se observa cómoda, con

actitud pueril pero colaboradora alerta, desorientado, poco colaboradora, disprosexico, concreto, sin alteracion en el curso o contenido del pensamiento, sin actitud alucinatoria, sin ideación de muerte o suicida, afecto inapropiado, modulado, laconico, inquietud leve, introspeccion nula prospección incierta, juicio desviado

## 7. ANALISIS

--  
paciente masculino de 4 años, desescolarizado, vive bajo proteccion de icbf en hogar sstituto, sin antecedente de enfermedad medica o mental, quien asiste a comnsulta de priemra vez por cuadro subagudo de inatencion e hiperactividad y multipes problemas conductuales, sociales y comunicativos sugestivos de un retaso en el desarrollo y lenguaje, posible RM, no se descarta TEA, en el momento estable, con problema comportamentales, no se observa sinotmas psicoticos ni coinductas autolíticas, tienen pobre comprensión de su cuadro actual, se observa con mala adaptación, po ahora se decide inicio de antihistaminico, realzaicion de pruebas cognitivas para emitir recomendacion escolar según evolucion nuevas conductas, se remite a terapia integral

## 8. PLAN DE TRATAMIENTO

--  
se inicia medicacion se dan recomendaciones y signos de alarma control en 30 dias continuar terpaia intergeral Se realiza psicoeducación sobre patologia, uso de medicación, importancia de adherencia a tratamiento, hábitos de vida saludable, medidas conductuales no farmacológicas de manejo ambulatorio, signos de alarma para acudir a urgencias

## 9. EVALUACION Y CLASIFICACION DEL RIESGO

### 9.1 Desenlaces Negativos


### 9.2 Calificación

RIESGO	GRUPO COHORTE	NIVEL
1	TX GENERALIZADOS DEL DESARROLLO - RETRASO MENTAL MODERADO Y GRAVE	BAJO

### 9.3 Selección de Servicio Para Seguimiento y Control

### IMPRESION CLINICA

Diagnóstico Principal:	F840 - AUTISMO EN LA NIÑEZ
Diagnóstico Relacionado 1:	F929 - TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES, NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Relacionado 2:	F701 - RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO
Diagnóstico Relacionado 3:	-
Diagnóstico Relacionado 4:	-
Diagnóstico Relacionado 5:	-
Diagnóstico Relacionado 6:	-

  
Rafael José Miranda J.  
RM 27803/2007 CC 84451899  
Médico Psiquiatra Especialista  
en Niños y Adolescentes  
Unidad de Gestión

### ATENDIDO POR

CC - 84451899: Esp. Psiquiatria Infantil RAFAEL JOSE MIRANDA JIMENEZ - Esp: PSIQUIATRIA INFANTIL - Reg Médico: 27803/2007

Firma del  
paciente



# ASOCIACION NINOS DE PAPEL - CUCUTA

Código del Prestador: 540010325501 NIT: 800099778  
Dirección: CALLE 14 # 1 55 Y 57 BARRIO LA PLAYA  
Teléfono: 6019140091-3182108856  
Web: www.ninosdepapel.org  
Email: cucuta@ninosdepapel.org

Fecha de Impresión: 2025/01/16 16:06:18  
Impreso por: E.BURGOS  
ORDENES EXTERNAS

## Datos del Paciente

Identificación: RC - 1093317235  
Fecha Ingreso: 2025/01/16  
Fecha Atención: 2025/01/16 15:45  
Fecha Cierre HC:  
Fecha Naci: 2020-05-20  
Nro.Historia: RC1093317235  
Teléfono: 3103259304  
Dirección: CALLE 100 # 0 - 88  
Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A  
Contrato: NUEVA EPS EVENTO SUBSIDIADO CUC  
Acompañante: CARMEN TIFANO  
Responsable: CARMEN FABIOLA TIFANO LAGUADO  
Parentesco:  
Dirección:

Paciente: PEREZ SOLORZANO YANUEL ALEJANDRO  
Hora Ing: 14:55  
Edad: 4 años  
Tipo Usuario: Beneficiario  
Estrato: EXENTO DE PAGO  
Estado Civil:  
Tel. Acompañante: 3103259304  
Tel. Responsable:

Ingreso: 948704  
Sexo: M  
Municipio: VILLA DEL ROSARIO

Diagnóstico P: F840 - AUTISMO EN LA NIÑEZ  
Dx Relacionado 1: P929  
Dx Relacionado 2: F701  
Contrato: NUEVA EPS EVENTO SUBSIDIADO CUC  
Municipio: VILLA DEL ROSARIO

## Procedimiento N°: 151217

Unidad Funcional: 031 - CONSULTA EXTERNA CUCUTA

Fecha: 2025/01/16 Hora: 15:55  
Esp. Psiquiatría Infantil  
Médico: INFANTIL RAFAEL JOSE RESPONSABLE: RAFAEL JOSE MIRANDA JIMENEZ  
Datos del Procedimiento:

Código	Descripción	Cantidad	Frecuencia	Total
<b>PSIQUIATRIA INFANTIL</b>				
938300	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SQD Observación: todos los días, de lunes a viernes, énfasis en la conducta, durante 6 meses	5	Semanal 24	120
931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SQD (198) (266) Observación: todos los días, de lunes a viernes, énfasis en la conducta, durante 6 meses	5	Semanal 24	120
937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SQD Observación: todos los días, de lunes a viernes, énfasis en la conducta, durante 6 meses	5	Semanal 24	120
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGA Observación: todos los días, de lunes a viernes, énfasis en la conducta, durante 6 meses	5	Semanal 24	120
940305	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	1	Diana 1	1
948701	ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) SQD (266)	1	Diana 1	1

*Rafael José Miranda J.*  
Rafael José Miranda J.  
C.C. 278632007 CC: 84451899  
Médico Psiquiatra Especialista  
en Niños y Adolescentes  
Licenciado en Salud



ATENDIDO POR  
CC - 84451899, Esp. Psiquiatría Infantil RAFAEL  
JOSE MIRANDA JIMENEZ - Esp. PSIQUIATRIA  
INFANTIL - Reg Médico: 278632007



## 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	1093317235
NOMBRES	YANUEL ALEJANDRO
APELLIDOS	PEREZ SOLORIZANO
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	24/02/2024	31/12/1999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 06/24/2025 11:01:00 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 31/12/1999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

Registro válido

Fecha de consulta:

24/06/2025

Ficha:

54874351561200008663

A1

**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** YANUEL ALEJANDRO

**Apellidos:** PEREZ SOLORIZANO

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1093317235

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:**

16/02/2024

**Última actualización ciudadano:**

16/02/2024

**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





REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

27.621.090

PIFFANO LAGUADO

APELLIDOS

CARMEN FABIOLA

NOMBRES

*Fabiola Piffano L.*



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1969

ARBOLEDAS  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

B+

G S RH

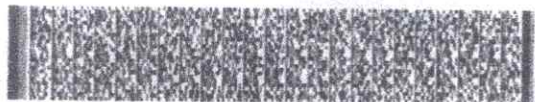
F

SEXO

30-AGO-1988 ARBOLEDAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GARCIA VECCHI



A-2507300-55158945-F-0027621090-20070905

04736 07155A 02 221825990