

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: I698 - Z740 - ASODICAP



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 776507

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.085.259
PRADA CAMACHO

APELLIDOS
EXCEHOMO

NOMBRES

Excehomo Iroda

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
COVARACHIA
(BOYACA)

18-JUN-1960

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 **O+**

ESTATURA G.S. RH SEXO

M

13-NOV-1979 COVARACHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

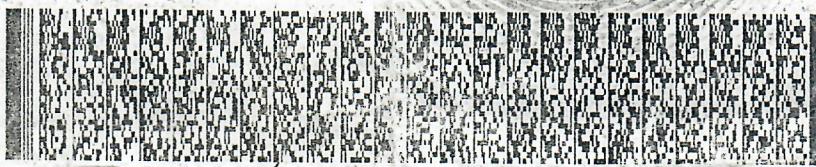
Barbosa, Tolima
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2510000-00163845-M-0004085259-20090722

0013740190A 1

26230843



TFO=3118333172

Teléfono. 3128567277.

Correo: asodicap@gmail.com

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM

E.S.E. Hospital
Jorge Cristo Sahum
Villa del Rosario

CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 12/06/2024

INGRESO : 1596067

PRADA CAMACHO EXCEHOMO

CC - 4085259

Edad : 63A 11M 25D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 18/06/1960

Teléfono : 3118333172

Dirección : CALLE 8 N 1464 BARRIO GRAMALOTE

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General**FINALIDAD CONSULTA:** 10 - No Aplica**ESTADO DE CONCIENCIA:** CONINCTE ALERTA ORIENTADO**MOTIVO CONSULTA:** VALORACION MEDICA / SECUELAS DE ACV

ENFERMEDAD ACTUAL : MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN HEMICUERPO IZQUIERDO + LESION SEVERA TRAUMATICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO CON PERIDA DE LA FUNCIONALIDAD DE LA MANO DEL MSI. PACIENTE CON GRADO DE DISCPADIADA MODERADO A SEVERO QUIEN REQUIERE DE ASISTENCIAS ESPECIALES PARA LA SUOPREVIVENCIA.

PARACLINICOS : NO TREA**ANTECEDENTES :**

QUIRÚRGICOS: ANTEBRAZO IZQUIERDO

TRAUMÁTICOS: FRACTURA DE ANTEBRAZO IZQUIERDA

HOSPITALIZACIONES: YA DESCRITO

PATÓLOGICOS: ACV EN TRE OCASIONES ULTIMO HACE 3 MESES HAS DM

TOXICÓLOGICOS: NIEGA

REVISION 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 : 60 kg

Temperatura : 37 °C

Presión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Talla : 160 cm

Frecuencia Respiratoria : 20 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 80 mmHg

I.M.C. : 23.44 kg/m²

Frecuencia Cardiaca : 80 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). NEUROLOGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

PLAN DE MANEJO :

ORDEN MEDICA (Cantidad: 1) *** CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD *** MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN HEMICUERPO IZQUIERDO + LESION SEVERA TRAUMATICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO CON PERIDA DE LA FUNCIONALIDAD DE LA MANO DEL MSI. PACIENTE CON GRADO DE DISCPADIADA MODERADO A SEVERO QUIEN REQUIERE DE ASISTENCIAS ESPECIALES PARA LA SUOPREVIVENCIA.

DIAGNÓSTICO :

I698 - SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS - (Impresión Diagnóstica)

Z740 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON MOVILIDAD REDUCIDA

MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN HEMICUERPO IZQUIERDO + LESION SEVERA TRAUMATICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO CON PERIDA DE LA FUNCIONALIDAD DE LA MANO DEL MSI. PACIENTE CON GRADO DE DISCPADIADA MODERADO A SEVERO QUIEN REQUIERE DE ASISTENCIAS ESPECIALES PARA LA SUOPREVIVENCIA.

ANÁLISIS :

MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN HEMICUERPO IZQUIERDO + LESION SEVERA TRAUMATICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO CON PERIDA DE LA FUNCIONALIDAD DE LA MANO DEL MSI. PACIENTE CON GRADO DE DISCPADIADA MODERADO A SEVERO QUIEN REQUIERE DE ASISTENCIAS ESPECIALES PARA LA SUOPREVIVENCIA.



LAGUADO PRADA CHRISTIANALEXIS
C.C. 1092335333
MEDICINA GENERAL

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUMESE Hospital
Jorge Cristo Sahum -
Calle 5 N 749 Villa del Rosario Norte de
Santander

NIT: 807,004,631-3

CALLE 5 N 749 VILLA DEL ROSARIO NORTE DE
SANTANDER**PLAN DE MANEJO**

Consulta Externa

Fecha: 12/06/2024 6:47:15 a. m.

PRADA CAMACHO EXCEHOMO

CC - 4085259

Edad : 63A 11M 25D**Sexo :** Masculino**Nacimiento :** 18/06/1960**Teléfono :** 3118333172**Dirección :** CALLE 8 N 1464 BARRIO GRAMALOTE**Empresa :** NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)**Contrato :** C1-ESEHJCS**ITEM DETALLE DEL SERVICIO****CANT EN LETRAS**

- 1 AA1 - ORDEN MEDICA . // *** CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD *** MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN HEMICUERPO IZQUIERDO + LESION SEVERA TRAUMATICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO CON PERIDA DE LA FUNCIONALIDAD DE LA MANO DEL MSI. PACIENTE CON GRADO DE DISCPADIADA MODERADO A SEVERO QUIEN REQUIERE DE ASISTENCIAS ESPECIALES PARA LA SUOPREVIVENCIA.

1 UNO

DIAGNÓSTICO: I698 SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
Z740 PROBLEMAS RELACIONADOS CON MOVILIDAD REDUCIDA



LAGUADO PRADA CHRISTIAN ALEXIS
C.C. 1092335333
MEDICINA GENERAL

Fecha de impresión: 12/06/2024 Impreso por GONZALEZ CUADROS LUZ DARY



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	4085259
NOMBRES	EXCEHOMO
APELLIDOS	PRADA CAMACHO
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: 07/03/2024 07:04:49 | 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

Registro válido

Fecha de consulta:

03/07/2024

Ficha:

548743531072700047053

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EXCEHOMO

Apellidos: PRADA CAMACHO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4085259

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/10/2023

Última actualización ciudadano: 06/10/2023

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

Centrales Eléctricas del Norte de Santander S.A. E.S.P.

NIT: 890500514-9. Somos Autorenedores a título de Renta. Resolución 547 del 25 de Enero de 2002.

Grandes Contribuyentes: Resolución DIAN 00-2220 del 26 de diciembre de 2022 / Agentes Rentadores IVA.

Con este número puedes hacer trámites y pagos
Reportar caídos y emergencias marcando gratis

109221
018000 414 1156 al 115



Aprende a controlar el consumo de energía en casa
Escanea el código con la cámara de tu teléfono

Servicio de energía	
Consumo de la casa (kWh)	
Commercialización (Cv):	134,91835
Pérdidas Recocidas (PR):	84,76380
Restricciones (R):	7,0095
Tarifa Aplicada (\$/kWh):	932,7498
FECHA PUBLICACIÓN:	20/MAR/2024
Subsidio (%):	-58,9309

Consumo de la casa (kWh)	
Generación (G):	375,0694
Transmisión (T):	57,4335
Distribución (D):	293,4839
Costo Unitario (\$/kWh):	932,7498
CONSUMO SUBSISTENCIA: 173 kWh	

Historico de consumo \$/kWh					
Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.
123	89	51	61	55	46
\$81,441	\$47,660	\$58,227	\$51,367	\$42,481	\$59,070

Servicio de aseo	
Costo Unitario	
VRA	167,716,76
TRBL	00123
TRLU	00015
TRBA	.0002*
TRA	.00294
CYNA	192,080,16
TAFMA	47,83833
TRIA	.06744
CFT	8376

Consumo (Ton)	
Mes	Tarifa (\$)
MAR	17,534
FEB	15,781
ENE	15,756
DIC	15,750
NOV	15,772
OCT	15,932
JUN	15,932

SUBSIDIO ASEO
COMERCIALIZACION POR SUSCRIPCION
COMERCIALIZACION, APROVECHAMIENTO
RECOLECCION Y TRANSPORTE
BARRIDO Y LIMPIEZA DE AREAS PUBL.
INCREMENTO AL APROVECHAMIENTO!
LIMPIEZA URBANA
TRATAMIENTO DE LIXIVADOS
VALOR BASE APROVECHAMIENTO
DISPOSICION FINAL

VRA: Vtar Basica Aprovechamiento / TRBL: Tomada Barrio / TRLU: Tarifas Municipales Unificadas / CYNA: Tarifas Restauradas / TRBA: Tarifas Municipales Unificadas / TRA: Tarifas Restauradas No Aprovechadas / CFT: Costo Fijo Total

Concepto

Consumo (Ton)

Tarifa (\$)

Activa Lectura kWh Reactiva Lectura kvarh

Actual 4455 62 Actual
Anterior 4393 Anterior

Concepto

Consumo (\$)

Tarifa (\$)

Subsidio (\$)

Total de aseo

\$ 17,674

Impuesto alumbrado público

Clausula CPSCCU 25
Sujeto pasivo (Contribuyente): Jaime Enrique Castro
Concesionario Concesión American Lighting S.A.S. Tel: 5644164

Norma municipal que aprueba: Acuerdo No. 006 de 2017

Para mayor información comuníquese con la alcaldía de tu municipio y para mantenimiento al operador en la linea:

5644164- Concesión American Lighting S.A.S.

Base Gravable 59.070

Concepto

Consumo (\$)

Tarifa (\$)

Deuda inicial Deuda actual Interés Pend. Cuenta Fact

Total de energía

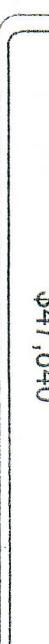
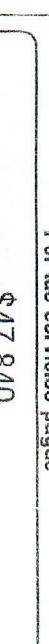
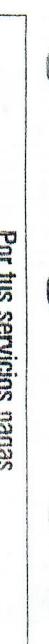
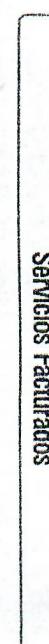
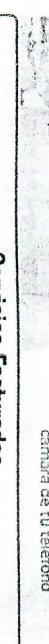
\$ 24,259

Estado Financiamientos / CredISOMOS

Nº de convenio

Total alumbrado público

\$ 5,907



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	EXCEHOMO PRADA CAMACHO
Tipo de Documento Identidad	R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Número de Documento de Identidad	4.085.259 de Covarachía
Edad	64 años
Genero	Masculino
Dirección	Calle 8 #14-64 Barrio Gramalote
Teléfono fijo	3118333172
No. de Celular (2 números si es posible)	3128567277
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: <input type="checkbox"/> No Aplica: <input checked="" type="checkbox"/>
---	--

Nombre Completo del Representante	
Parentesco de la PCD	
Tipo de Documento Identidad	
Número de Documento de Identidad	
Teléfono fijo y/o No. de celular	

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)	776507
--	---------------

Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	I698 – Z740
---	-------------

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: _____ 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	