

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: F809 - ASODICAP



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1281189



FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-2004
VILLA DEL ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

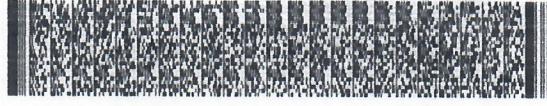
1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-ABR-2022 VILLA DEL ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN 

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO





P-2510000-01295800-F-1092337453-20220506 0079161083A 1 8504445533

HOSPITAL

Jorge Cristo Sahium
Villa del Rosario

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES
FUNCIONALES

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Castellanos	Chaparro	Brysnay Nayeli	cc. 1092337453
Edad:	19	Estado Civil:	-
Dirección:	Cl 9 N° 8-30 B.	20º piso	Escolaridad: 2º Primaria
FECHA: AÑO: 2024		MES: 01	DIA: 31
DIAGNÓSTICO:		Teléfono: 321/3966462	

FECHA: AÑO: 2024 MES: 01 DIA: 31

DIAGNÓSTICO: Deficit Cognitivo

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

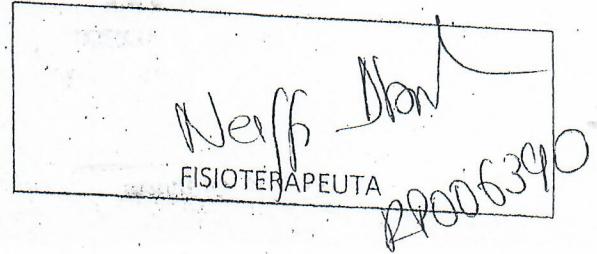
Trastorno del Desarrollo del Habla
y del lenguaje (F80.9)

Paciente que a los 5 años de edad se le diagnosticó Deficit Cognitivo. A la valoración presenta disertación, Retardo del Aprendizaje. Conducta Autista, Alteración de la conducta y el comportamiento. No se ubica en tiempo y espacio, cumple órdenes sencillas no complejas, Agresividad ocasional, presenta postura cíptica anormal y dificultad para interactuar con el entorno.

Semidependiente Act. Aseo, Vestido, Alimentación y traslados, Comunicación y destreza.
Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN:

DISCAPACIDAD: MULTIPLE MODERADA



Historia Clínica

Doc. Identidad 1092337453
Entidad NUEVA EPS

Nombre BRYSNEY NAYELY CASTELLANOS
Ocupación

Edad 16 Años

Fecha de elaboración: 15/03/2017 10:08:00

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL POR TRASTORNO DEL LENGUAJE
ENFERMEDAD ACTUAL:

YA LA EVALUO NEUROPIEDIATRIA
ESTUBO EN TERAPIAS

REVISIÓN POR SISTEMAS

CABEZA CARA CUELLO:

No

CARDIOPULMONAR:

No

ABDOMEN:

No

EXTREMIDADES:

No

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

No

SISTEMA URINARIO:

No

OTROS:

No aplica

ANTECEDENTES PERSONALES

OTROS:

No

ALÉRGICOS:

No

TRAUMATICOS:

No

QUIRÚRGICOS:

No

GINECO-OBSTÉTRICOS:

No

TOXICOLÓGICOS:

No

FARMACOLÓGICOS:

No

ANTECEDENTES FAMILIARES

OTROS:

No

EXAMEN FÍSICO

ASPECTO GENERAL: LUCE EN CONDICIONERS CLINICAS ESTABLES
LUCE CON RETRADO EN EL DESARROLLO

TA: 100/70 mmhg - FC: 89 xmin - FR: 21 xmin - T: 37 °C - PESO: 40 kg - TALLA: 149 m - T: 0.00 IMC - T: 36.54 S.C

CABEZA CARA CUELLO: NORMAL

NO FENILLO PERO NO ARTICULA BIEN ALGUNAS PALABRAS

TORAX: Normal

ABDOMEN: Normal

Historia Clínica

Doc. Identidad 1092337453

Nombre BRYSNAY NAYELY CASTELLANOS

Edad 16 Años

Entidad NUEVA EPS

Ocupación

G.U: Normal

EXTREMIDADES: Normal

PIEL: Normal

NEUROLÓGICO: SE APRECIA RETRADO EN EL DESARROLLO

DEFICIT COGNITIVO.

MENTAL PSICOLÓGICO: Normal

PARACLINICOS: YA LA EVALUO PSICOLOGIA

CONDUCTA: SEGUIMIENTO POR NEUROPSIQUIATRIA

SE INDICA TERAPIA OCUPACIONAL Y LENGUAJE 20 DE CADA UNA

I/C CON PSICOLOGIA

CITA POR PEDIATRIA EN 2 MESES

DIAGNÓSTICOS: F809 - TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO - Observación:

Dr. Julio Cordero
PEDIATRIA
No. 2164-9

JULIO HERNANDO CORDERO BUITRAGO
Especialidad: PEDIATRIA
CC: 13173403 RM: 2164-9

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	1092337453
NOMBRES	BRYSNAY NAYELY
APELLIDOS	CASTELLANOS CHAPARRO
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 05/05/2024 | Estación
 Impresión: 15:18:06 | de 2801:12:c800:2070::1
 origen:

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

Consejos para ahorrar energía

Ahorra con Ahorro
hot de CENS
10% hasta 15%



SOMOS Feliz día Papá

Cuídate con tu papá
en su día
y regala un bonito
descuento en la
compra de tu día.



¿Quieres ganar uno de estos
electrodomésticos?
Únete al concurso
Usuario Piloto



Tu Información

Nombre: Felipe Rojas
Dirección: Cl 9a 6-30
Barrio: 20 De Julio
Clase de Servicio: Residencial
PLN: 105 01512410945

Ciudad: Villa Del Rosario
Estado: Cundinamarca
Tarifa: Generica

Tu número de cliente: 274163

Documento expediente a factura N° - 1074765214

Fecha de emisión: Junio 13/2024

Tu último pago fue:

27/MAY/2024

Pagaste

\$81,653

Felicitaciones estas al dia en la pago!

Periodo facturado 09/MAY/2024 a 07/JUN/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

26/JUN/2024

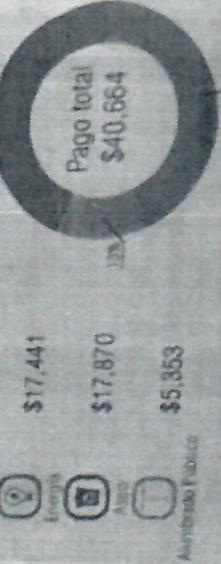
Pago con re cargo hasta:

03/JUL/2024

Días Facturados
30

Días

Facturados



Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a <http://www.placetopy.com/pagocentralelectricidad/login>

Agencias Celsia/TELVA - BBVA - Comercios Cognacines - Armeros Exito - Recarga Banco Popular - Diners - PNM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social Banco Popular - Red Multibanco - Banco Básico Aguros - Cencos y Delfinos - ATB - SuperGNCs / sur del Cesar y sur del Bolívar

Contactanos a través de la linea de atención 01 8000 414115
Reporte de datos en Norte de Santander al 115 - # 415 Sur de Cauca y del Tolima
Sigueenos en nuestras redes sociales

DetectaLo



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1981
VILLA DEL ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-AGO-1999 VILLA DEL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN *[Signature]*

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2510000-01261159-F-0060413595-20211020 0075840973A 1 8502176349

Representante

cL 3228530078

Maria chaparro

**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	BRYSNAY NAYELY CASTELLANOS CHAPARRO
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	1.092.337.453 de Villa del Rosario
Edad	20 años
Genero	Femenino
Dirección	Calle 9N #8-30 Barrio Veinte de Julio
Teléfono fijo	3228530078
No. de Celular (2 números si es posible)	3127732299
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 DOLORES CHAPARRO
Parentesco de la PCD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.413.595 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3127732299

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)	1281189
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F809
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	