

## 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: G824-G800-Z993-RECURSOS PROPIOS



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1354472

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

NÚMERO **1.090.227.009**

**BERMUDEZ MORENO**

APELLIDOS

**JHON FREDDY**

NOMBRES

**NO FIRMA**

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-JUN-2001**

**RAGONVALIA**  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.35** **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**16-JUL-2019 VILLA DEL ROSARIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO



P-2510000-01099708-M-1090227009-20190928 0067902512A 1 53433816

Fecha Actual : viernes, 16 mayo 2025



**SALUD SOCIAL S.A.S.**  
**Direccion Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco**  
**Telefono 607 595 6605**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**FISIATRIA**

N° Historia Clínica: 1090227009

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: **JHON FREDDY BERMUDEZ MORENO** Identificación: Cédula Ciudadanía 1090227009 Sexo: Masculino  
Fecha Nacimiento: 28/junio/2001 Edad Actual: 23 Años / 10 Meses / 17 Días Raza: MESTIZO ID de Genero: Masculino Estado Civil: Soltero  
Dirección: MANZANA AA-05 MORICHAL Teléfono: 3176924044  
Barrio: OTRO Procedencia: VILLA DEL ROSARIO  
Ocupación: Correo Electronico: DM710160@GMAIL.COM

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Régimen: Regimen\_Simplificado  
Plan Beneficios: COOSALUD EVENTO REGIMEN SUBSIDIADO CUCUTA Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)  
Tipo de contrato: Factura\_Global Tipo: Subsidiado

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 8

(Fecha: 16/05/2025 06:32 p. m.)

Acompañante: Parentesco: Teléfono Acomp: N° Ingreso: 2221761 Fecha: 16/05/2025 4 28:04 p. m.  
Dirección Resp:

**DATOS DE LA ATENCIÓN**

**ANAMNESIS**

Motivo de la Consulta: **Riesgo OM:** **ESCALA DEL DOLOR:** 3  
PROGRAMADO PARA TOXINA  
Enfermedad Actual: **CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA**

**DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO**



Fecha Actual : viernes, 16 mayo 2025

RESTITUCIÓN DEL VIAL 2CC SOLUCIÓN SALINA

100U EN 2CC = 50U EN 1CC

JERINGA DE INSULINA= 1ML/50DILUCIONES

SE LOCALIZAR LOS MÚSCULOS IMPLICADOS, SE REALIZA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE APLICA:

MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SE INYECTA INTRAMUSCULAR TOXINA BOTULÍNICA EN BÍCEPS, PRONADOR, FLEXORES DEDOS

MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SE INYECTA INTRAMUSCULAR TOXINA BOTULÍNICA EN BÍCEPS, PRONADOR, FLEXORES DEDOS

MIEMBRO INFERIOR DERECHO SE INYECTA INTRAMUSCULAR TOXINA BOTULÍNICA EN BÍCEPS FEMORAL ADUCTORES, RECTO FEMORAL Y TIBIAL POSTERIOR

MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO SE INYECTA INTRAMUSCULAR TOXINA BOTULÍNICA EN BÍCEPS FEMORAL ADUCTORES, RECTO FEMORAL Y TIBIAL POSTERIOR

PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

PACIENTE SALE ESTABLE

CONTROL ESPECIALIZADO FISIATRIA

Continuar programa rehabilitador

RECOMENDACIONES GENERALES

AUTOCUIDADO

MANTENER BUENA HIGIENE POSTURAL

MANTENER BUENOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES: ALIMENTACIÓN, EJERCICIO (MANTENER UN PESO IDEAL IMC ENTRE 18 Y 25, PARA FAVORECER EL ADECUADO ESTADO FUNCIONAL DE SALUD.)

PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DE 4 EXTREMIDADES

SE EXPLICA IMPRESIONES DIAGNOSTICAS, HISTORIA NATURAL DE PATOLOGIAS SUS RIESGOS, PRONOSTICOS, RESTRICCIONES Y PLAN TERAPEUTICO A SEGUIR, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA, LA CUAL EL PACIENTE REFIERE ENTENDER CLARAMENTE Y ACEPTAR

DIAGNOSTICOS			Diagnostico
Tipo diagnostico	Código	Nombre	
Impresion_Diagnostica	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPLÉJICA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	Z993	DEPENDENCIA DE SILLA DE RUEDAS	<input type="checkbox"/> Principal
ANÁLISIS Y TRATAMIENTO			
Finalidad Consulta: Rehabilitación			Causa Externa: Enfermedad_general



SUAREZ FERNANDEZ EDWIN

FISIATRIA

88250572

o 88250572

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [SALUD SOCIAL S.A.S.] NTT [802023344-7]

2/2  
Usuario: 88250572

Fecha de Impreso : viernes, 16 mayo 2025

**SALUD SOCIAL S.A.S.**  
**Nit 802023344-7**  
**Dirección Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco**  
**Telefono 607 595 6605**  
**PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS**



000001481153

N° Historia Clínica: 1090227009

N° Folio: 8 Folio Asociado:

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: JHON FREDDY BERMUDEZ MORENO  
Fecha Nacimiento: 28 junio/2001 Edad Actual: 23 Años / 10 Meses / 17 Días  
Dirección: MANZANA AA-05 MORICHAL  
Procedencia: VILLA DEL ROSARIO

Identificación: 1090227009 Sexo: Masculino  
Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 3176924044  
Ocupación:

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA  
Plan Beneficios: COOSALUD EVENTO REGIMEN SUBSIDIADO CUCUTA

Régimen: Regimen\_Simplificado  
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)

**DATOS DEL INGRESO**

Responsable:  
Dirección Resp:  
Finalidad Consulta: Rehabilitación  
Diagnostico: G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPLÉJICA

Teléfono Resp:  
N° Ingreso: 2221761 Fecha: 16/05/2025 6:30:25 p. m.  
Causa Externa: Enfermedad\_general

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX		AREA SERVICIO: 999	TEMPORAL AREA DE SERVICIO		
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO	OBSERVACION	
890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	1	Rutinario		

Observaciones: 4 MESES

Total Items: 1

88250572 - SUAREZ FERNANDEZ EDWIN  
FISIATRIA

**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM**

E.S.E. Hospital  
Jorge Cristo Sahium  
Villa del Rosario  
SAUD-CONGALDEZ

**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

**FECHA : 07/05/2025****INGRESO : 1934835****BERMUDEZ MORENO JHON FREDDY****CC - 1090227009****Edad : 23A 10M 9D****Sexo : Masculino****Nacimiento : 28/06/2001****Teléfono : 3183001011****Dirección : CALLE 12 N 3 EL PARAMO****Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO****CAUSA EXTERNA: 38 - Enfermedad General****FINALIDAD CONSULTA: 44 - OTRA****ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA CONCIENTE ORIENTADA****MOTIVO CONSULTA: VIENE POR PAÑALES**

**ENFERMEDAD ACTUAL :** PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS CONSULTA POR SUS PROPIOS MEDIOS. SOLICITANDO FORMULACION DE PAÑALES Y REFORMULACION DE MEDICAMENTOS. EN CONTEXTO DE PCTE CON ANT **DE PARALISIS CEREBRAL**, CON INCONTINENCIA DE ESFINTERES. POR LO QUE SE LE ORDENAN PAÑALES DESECHABLE TALLA M( DE CUALQUIER MARCA ) : USAR 1 PAÑAL CADA 6 HORAS POR 90 DIAS. TOTAL: 360.

**PARACLINICOS :****ANTECEDENTES :**

QUIRÚRGICOS: NIEGA EL ABUELITO

TRANSFUSIONALES: NIEGA EL ABUELITO

TRAUMÁTICOS: NIEGA EL ABUELITO

HOSPITALIZACIONES: NIEGA EL ABUELITO

PATÓLOGICOS: RETRASO MENTAL Y PARALISIS CEREBRAL EN SILLA DE RUEDAS / ZIKA /INCONTINENCIA DE ESFINTERES

TOXICÓLOGICOS: NIEGA EL ABUELITO

**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**

<b>Peso : 50 kg</b>	<b>Temperatura : 37 °C</b>	<b>Presión Arterial Sistólica: 120 mmHg</b>
<b>Talla : 135 cm</b>	<b>Frecuencia Respiratoria : 17 V x Min</b>	<b>Presión Arterial Diastólica : 78 mmHg</b>
<b>I.M.C. : 27.43 kg/m2</b>	<b>Frecuencia Cardiaca : 78 V x Min</b>	
<b>SO2 : 0 %</b>		

**EXÁMEN FÍSICO :**

Tórax (Normal). SIMÉTRICO, SIN DEFORMIDADES. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO BILATERALMENTE, SIN RUIDOS AGREGADOS. EXPANSIÓN TORÁCICA ADECUADA.

Abdomen (Normal). BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES Y NORMALES

MÚSCULO ESQUELETICO (Normal). MASA MUSCULAR CONSERVADA, TONO Y FUERZA MUSCULAR ADECUADAS, SIN ATROFIAS NI HIPERTROFIAS.

Cardio Pulmonar (Normal). RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, NÓRMOFONÉTICOS, SIN SOPLOS, FROTE NI GALOPE. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN CREPITACIONES NI RONCUS. SATURACIÓN ADECUADA EN REPOSO.

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal).

NEUROLOGÍA - ESFERA MENTAL (Normal).

**PLAN DE MANEJO :**

ORDEN MEDICA (Cantidad: 360)  
PAÑAL DESECHABLE TALLA M( DE CUALQUIER MARCA ) : USAR 1 PAÑAL CADA 6 HORAS POR 90 DIAS. TOTAL: 360.

ORDEN MEDICA (Cantidad: 12)  
OXIDO DE ZINC + NISTATINA 20%/100000 UI, TUBO 60 GRAMOS. USO 4 TUBOS AL MES POR TRES MESES

FLUOXETINA 20 MG TABLETA O CAPSULA (Cantidad: 90) 1 UND CADA 24 HORAS POR 90 DIAS VÍA ORAL

BACLOFENO (LIORESAL) 10 MG TABLETA (Cantidad: 90) 1 UND CADA 24 HORAS POR 90 DIAS VÍA ORAL

**DIAGNÓSTICO :**

R32X - INCONTINENCIA URINARIA NO ESPECIFICADA - (Impresión Diagnóstica)

**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM**



**E.S.E. Hospital**  
Jorge Cristó Sahium  
Villa del Rosario

**SAUD CON CALIDEZ**

**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

**FECHA : 07/05/2025**

**INGRESO : 1934835**

**BERMUDEZ MORENO JHON FREDDY**  
**CC - 1090227009**

**Edad : 23A 10M 9D**

**Sexo : Masculino**

**Nacimiento : 28/06/2001**

**Teléfono : 3183001011**

**Dirección : CALLE 12 N 3 EL PARAMO**

**Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO**

**CASTRO DAVILA MAURICIO**  
**C.C. 12228836**  
**MEDICINA GENERAL**





## 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	1090227009
NOMBRES	JHON FREDDY
APELLIDOS	BERMUDEZ MORENO
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: 06/16/2025 15:22:00 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:

16/06/2025

Ficha:

54874351556600007863

A3

### Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

Nombres: **JHON FREDDY**

Apellidos: **BERMUDEZ MORENO**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1090227009**

Municipio: **Villa del Rosario**

Departamento: **Norte de Santander**

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/09/2021

Última actualización ciudadano:

17/09/2021

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

# MEJORAMOS NUESTRA RED MÓVIL



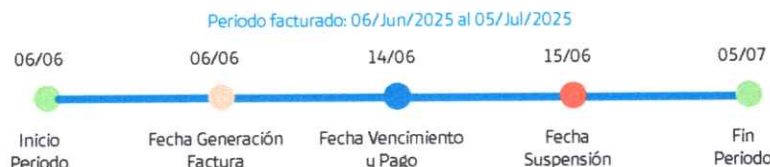
## ESTADO DE CUENTA

**DANIEL MORENO LONDOÑO**

Servicio Móvil - No. Línea: **3176924044**  
OT MNZ A 2 CAS 05 MORICHAL- VILLA DEL ROSARIO  
VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER  
Nit o CC.: 1245278778



QR DIAN



Saldo mes anterior	\$ 0
Total Factura Mes Anterior	\$ 27,555
Pagos Realizados	- \$ 27,555
<b>Servicio mes actual</b>	<b>\$ 30,555</b>
Servicios Mes Actual IVA Induido	\$ 30,555
<b>Total a pagar servicio</b>	<b>\$ 30,555</b>

Total a Pagar

**\$ 30,555**

Fecha de vencimiento y pago: **14/Jun/2025**

Fecha de suspensión: **15/Jun/2025**

Referencia para pagos y para domiciliar tu pago:  
**60680117981**

### ¿Qué Necesitas Saber?

En Movistar no enviamos mensajes ofreciendo porcentajes (%) de descuento para pago de tus deudas, tu factura mensual o de tu equipo con pago en cuotas. **No caigas en engaños.** Verifica siempre el estado de tu cuenta en nuestros canales oficiales.

### ¿Qué Necesitas Saber?

¡SIN ESPERAS, SIN LLAMADAS Y SIN FILAS!  
Ahora puedes solicitar y pagar tu Factura Digital o hacer otros trámites de manera fácil y segura.  
**Para clientes individuales:** Descarga la App Mi Movistar o escribe "Hola" al WhatsApp **315 233 3333**  
**Para Empresas:** Entra en [www.movistar.co/empresas](http://www.movistar.co/empresas) o escribe "Hola" al WhatsApp 3166066666

Evolución del consumo en miles de pesos



Histórico consumo minutos/segundos

Prom	9
Jun	1
May	10
Abr	5
Mar	0
Feb	7
Ene	28

Histórico consumo datos (Gb)

Prom	12.25
Jun	19.10
May	17.28
Abr	15.61
Mar	9.01
Feb	12.51
Ene	0.00

### Notificación previa a reporte a centrales de riesgo

Estimado cliente, recuerde que tiene hasta la fecha límite de pago oportuno para cancelar su factura y evitar la suspensión del servicio, intereses de mora, cobro de rehabilitación por cada una de sus líneas y reporte a centrales de riesgo como moroso. Si ya realizó el pago, haga caso omiso de este aviso.

Colombia Telecomunicaciones S.A. ESP BIC NIT 830.122.566-1

Ciente **DANIEL MORENO LONDOÑO**



(415) 77071 769601 78(8020)0000060680117981(3900)0000000030555(96)20250614

Numero para Pagos

60680117981

\$



Total a pagar


REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **6.401.519**  
**MORENO MARIN**

APELLIDOS  
**RUBEN DARIO**

NOMBRES

*Ruben Dario Moreno Marin*  
FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1958**  
**PALMIRA**  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.65** **O+** **M**  
ESTATURA G.S, RH SEXO

**16-JUN-1977 PRADERA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Ruben Dario Moreno Marin*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2500100-00131148-M-0006401519-20081124 0006845585A 1 7050019371