

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: G409 - Q928 - F078

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 532539





SALUD SOCIAL S.A.S.

Direccion Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco
Telefono 607 595 6605

NEUROLOGIA

HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clínica: 37506001

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: YULI PETRONILA ROBAYO CORREA
Fecha Nacimiento: 09/septiembre/1982 Edad Actual: 41 Años / 9 Meses / 18 Días ID de Genero: Femenino

Dirección: CALLE 20 N11-80/ SAN JUDAS

SAN JUDAS TADEO

Barrio:

Ocupación:

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORAS DE SALUD SA

Plan Beneficios: COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO SUBSIDIADO

Tipo de contrato: Factura_Global

DATOS DEL INGRESO

Acompañante: Parentesco:

Dirección Resp:

FOLIO N° 9

(Fecha: 27/06/2024 09:58 a. m.)

Teléfono Acomp:

Nº Ingreso: 1494034 Fecha: 27/06/2024 8:44:36 a.m.

DATOS DE LA ATENCIÓN

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

CONTROL EPILEPSIA

EnfermedadActual

PACIENTE DE 41 AÑOS CONA TECEDENTES DE TRISOMIA 21 Y EPILEPSIA DE LARGA DATA CON 2 CRISIS DESDE LA ULTIMA CONSULTA, CON MOVIMIENTOS DE TIPO SACUDIDAS A DIARIO EN RELACION CON ALTERACIONES COMPORTAMENTALES, ACTUALMENTE RECIBE LECVETIRCATAM12.5 CC BI Y ACUDO VALPROICO 5 CCTIC CON BUENA ADHERENCIA Y TOLERANCIA

08/05/2024: TSH 2.80 T4L 1.10 ALT 42 GOT 28

REVISION POR SISTEMAS

Sistema neurológico

Refiere

No refiere

Sistema digestivo

Refiere

No refiere

Sistema respiratorio

Refiere

No refiere

Sistema cardiovascular

Refiere

No refiere

Sistema gastrointestinal

Refiere

No refiere

Sistema osteomuscular

Refiere

No refiere

Sistema endocrino

Refiere

No refiere

Sistema linfático

Refiere

No refiere

Nombre reporte: HCPHisiolBase

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES

| TAS: | 120 | /TAD: | 70 | TAM: | 87 | NORMAL | FC: | FR | TEMP. | SO2 |
|------------------|------|-------|----|-------------|-----|--------|--------|----|------------|-----|
| Peso (Kg) | 68,0 | | | Talla (Cms) | 160 | | I.M.C. | | SOBREPESO | |
| Escala del Dolor | 0 | | | | | | | | Riesgo OM: | |

EXAMEN FISICO

Estado general:

Cabeza, cara, cuello:

Torax

Abdomen:

Extremidades superiores:

Extremidades inferiores:

Región lumbosacra:

Genitourinario:

Sistema nervioso central:

Piel y faneras:

Comer:

Lavarse:

Vestirse:

Arreglarse:

Deposiciones:

Micción:

Usar el Retrete:

Trasladarse:

Deambular:

Escalones:

ANALISIS Y TRATAMIENTO

PACIENTE CON ANTECEDENTES ANOTADOS CON DETERIORO FUNCIONAL MARCADO QUE CONDICIONA COFINAMIENTO A SILLA DE RUEDAS Y REQUERIMIENTO DE ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE POR PARTE DE FAMILIARES, CONTINUA MANEJO INSTAURADO, RECOMENDACIONES GENERALES SIGNOS DE ALARMA, CONTROL EN 6 MESES CON EEG CONTROL

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES

FECHA

Otros

21/12/2022 5:18:10

p. m.

OBSERVACIONES

Covid 19 en abril de 2020, requirió UCI.

ANTECEDENTES

FECHA

Otros

9/10/2023 6:56:00 p.

m.

OBSERVACIONES

Otros

Nombre reporte: HCPPhotoBase

Usuario: 7234543

| Fumador | Medida Fumador | Tiempo Fumador | Medida Exfumador | Tiempo Exfumador | | | |
|--|--|---|-------------------|-------------------|---|---|---|
| Fumadores en Casa | Exposición al humo | Tiempo exposición | Medida Exposición | Macroles en casa | | | |
| Sustancias | | | Medida Sustancias | Tiempo Sustancias | | | |
| Planifica | G | P | A | C | V | E | M |
| FUP | | | | | | | |
| Código | EXAMENES | | | | | | |
| 902210 | HEMOGLOBINA/ HEMATOCRITO RECNUETO DE ERYTROCITOS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E-HISTOGRAMA AUTOMATIZADO | | | | | | |
| Observación: | | | | | | | |
| RESULTADOS DE EXAMENES | | | | | | | |
| Fecha de resultado: | | | | | | | |
| Descripción: | | | | | | | |
| Interpretación: | | | | | | | |
| 894102 | ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO | | | | | | |
| Observación: | | | | | | | |
| RESULTADOS DE EXAMENES | | | | | | | |
| Fecha de resultado: | | | | | | | |
| Descripción: | | | | | | | |
| Interpretación: | | | | | | | |
| 890374 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA | | | | | | |
| Observación: | EN 6 MESES | | | | | | |
| RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS | | | | | | | |
| Fecha de resultado: | | | | | | | |
| Descripción: | | | | | | | |
| Interpretación: | | | | | | | |
| PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS | | | | | | | |
| Código | Nombre | | | | | | |
| 890374 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA | | | | | | |
| Observación: | EN 6 MESES | | | | | | |
| RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS | | | | | | | |
| Fecha de resultado: | | | | | | | |
| Descripción: | | | | | | | |
| Interpretación: | | | | | | | |
| DIAGNOSTICOS | | | | | | | |
| Tipo diagnóstico | Código | Nombre | | | | | |
| Impresión Diagnóstica | G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | | | | | |
| Impresión Diagnóstica | Q928 | OTRAS TRISOMIAS Y TRISOMIAS PARCIALES DE LOS AUTOSOMAS, ESPECIFICADAS | | | | | |
| Impresión Diagnóstica | F078 | OTROS TRASTORNOS ORGÁNICOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESIÓN Y DISFUNCIÓN CEREBRALES | | | | | |
| Finalidad Consulta: | No Aplica | Causa Externa: Enfermedad_General | | | | | |
| MEDICAMENTOS | | | | | | | |
| CUM | Nombre | | | | | | |
| 19855370-07 | ACIDO VALPROICO 250 MG/5ML JARABE (FRASCO X 120 Ml.) | | | | | | |
| Vía de administración: | Orial | Duración: 180 Días | | | | | |
| Indicación: | tomar 5 cc vía oral cada 8 horas, 6am-2pm-10pm | | | | | | |
| 20107900-2 | LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUCION ORAL | | | | | | |
| Vía de administración: | Orial | Duración: 180 Días | | | | | |
| Indicación: | Tomar 12.5 cc vía oral cada 12 horas | | | | | | |
| Número reporte : HCRPHistologica | | | | | | | |
| CUM | Concentración | | | | | | |
| 19855370-07 | 250 MG/5ML | | | | | | |
| Vía de administración: | Orial | Presentación CC | | | | | |
| Indicación: | 180 Días | | | | | | |
| 20107900-2 | 100 MG/ML | | | | | | |
| Vía de administración: | Orial | Presentación CC | | | | | |
| Indicación: | Tomar 12.5 cc vía oral cada 12 horas | | | | | | |
| Número reporte : HCRPHistologica | | | | | | | |
| Usuario: 72345743 3/9 | | | | | | | |



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 | 37506001 |
| NOMBRES | YULI PETRONILA |
| APELLIDOS | ROBAYO CORREA |
| 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 | 01/01/2020 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

Fecha de Impresión: 07/25/2024 15:01:57 | 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:

25/07/2024

Ficha:

54874351556500005032

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YULI PETRONILA

Apellidos: ROBAYO CORREA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 37506001

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

24/07/2021

Última actualización ciudadano:

24/07/2021

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:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **60.412.494**
ROBAYO CORREA

APELLIDOS
SANDRA YENITHFER

NOMBRES

Sandra R. C.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1980**
VILLA DEL ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **B-** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-ABR-1998 VILLA DEL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN *Santander*

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



ÍNDICE DERECHO



A-2510000-01292956-F-0060412494-20220429

0078946484A 1 8504460608



¡Chatea con Lucía, chat bot de CENS!

Agrega a tus contactos la linea

323 2315115

y escríbenos desde WhatsApp para acceder a múltiples servicios

Consejos para ahorrar energía



Recibiendo CREG 123 de 2014 "Ahorro y uso eficiente de la energía eléctrica"

por norma

o sea al veírlo

Recomienda los buenas prácticas

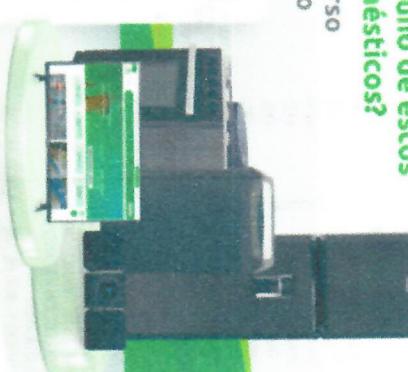
por el proveedor CED



¿Quieres ganar uno de estos electrodomésticos?

Únete al concurso
Usuario Piloso

¡Regístrate ahora!
Escaneando este código



El hurto reiterado de infraestructura eléctrica atenta contra la disponibilidad permanente del servicio y te puede dejar sin energía por un término indeterminado.

Denuncia presencia de personal en el servicio a la línea 115 o a la línea de emergencias de la policía Nacional (piso 590 6525-2007)



SOMOS

¡Feliz día Papá!

Con **CredISOMOS** tienes un bono de \$3,500.000 para que celebres tu día.



607 582 1715



Tu Información
Nombre: Sandra Yeniffer Robayo Correa
Dirección: Cll 20 11-62
Barrio: San Judas
Ciudad: Villa Del Rosario
Clase de Servicio: Residencial
Ruta: 105 01 512213675
Tarifa: Generica

Tu número de cliente: **546150**
Documento equivalente a factura N° - 1074759314
Fecha de emisión: Junio 13/2024

Tu último pago fué:
29/MAY/2024
Pagaste:
\$31,389

iFelicidades estas al día en tu pago!
Escanea y paga!



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

Fecha de vencimiento

Días Facturados

Pago oportuno hasta:
26/JUN/2024
Pago con recargo hasta:
03/JUL/2024

30

Servicios Facturados

| | |
|------------------|----------|
| Energía | \$73,331 |
| Aso | \$22,413 |
| Alumbrado Púlico | \$5,353 |
| | 72% |
| | 22% |
| Pago total | 52% |
| \$101,097 | |

5805-2/2

Vigilado Superservicios NUR:254001-003

| Indicadores | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 |
|-----------------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| C transformador | 1707191-De la Empresa | | | | | |
| DUJ | 41.74 | | | | | |
| DUJ | 3.97 | | | | | |
| HC | 0 | | | | | |
| VR Compensar \$ | 301.762 | | | | | |
| Dr | 21 | | | | | |
| Gp. Cantidad | 15 | | | | | |
| FUJG | 6 | | | | | |
| FU | 0 | | | | | |
| VC | 0 | | | | | |
| CEC | 16 | | | | | |
| % | | | | | | |

Medios de pago Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a <https://sites.placetonay.com/censcentraldelectricidad/login>

Puntos de pago

Auestas Cucuta 75 - BBVA - Coopetrens - Cogusimales - Almacenes Éxito - Ilimorte Bancolombia - Davivienda - Efecty - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Caleros y Datafons ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)

Descarga la app CENS www.cens.com.co

Contactanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

Reporte de datos en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales



Grupo epm



**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 | 25 de Julio de 2024 |
| Fecha de expedición de la autorización | 25 de Julio de 2024 |

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

| | |
|---|--|
| Nombre Completo | YULI PETRONILA ROBAYO CORREA |
| Tipo de Documento Identidad | R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro () |
| Número de Documento de Identidad | 37.506.001 de Villa del Rosario |
| Edad | 41 años |
| Género | Femenino |
| Dirección | Calle 20 #11-62 Barrio San Judas Tadeo |
| Teléfono fijo | 3158739250 |
| No. de Celular (2 números si es posible) | 3214690398 |
| Municipio de residencia | Villa del Rosario |
| Correo Electrónico | Angelitos724@hotmail.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 | SANDRA YENITHFER ROBAYO CORREA |
| Parentesco de la PCD | Madre |
| Tipo de Documento Identidad | Cédula de ciudadanía |
| Número de Documento de Identidad | 60.412.494 de Villa del Rosario |
| Teléfono fijo y/o No. de celular | 3214690398 |

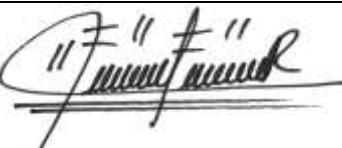
INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

| | |
|---|---|
| Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD) | 532539 |
| Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad) | G409 – Q928 – F078 |
| 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 |
| 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 |  |