

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: F810- G409



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 558835

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.127.048.377**

CORONADO GRIMALDO


APELLIDOS

SHIRLEY DARIELYS

NOMBRES

Shirley coronado

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-2008**

TACHIRA-SAN ANTONIO

VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

15-DIC-2026

FECHA DE VENCIMIENTO

A+ **F**

G S RH SEXO

31-OCT-2016 VILLA DEL ROSARIO


FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



R-2510000-01101699-F-1127048377-20191005 0068106908A 1 53433641

	PROCESO DE APOYO	
	AREA DE TERAPIAS.	
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL.	

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

contactado

1er. Apellido <u>Carrado</u>	2do. Apellido <u>Grimaldo</u>	Nombres <u>Shirley Darilys</u>	DOCUMENTO: <u>(F) 1127048377</u>
Edad: <u>15</u>	Estado Civil: <u>Menor</u>	Escolaridad: <u>9º bachiller</u>	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: <u>Cl 5 N° 50-15 B. Santander U/Bio</u>			Teléfono: <u>320-3325326</u>

FECHA: AÑO: 2024 MES: 03 DIA: 20


DIAGNOSTICO: Epilepsia (T409) Trastorno mixto Habilidades

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Escolares (F813)

<p>Paciente quien hace aprox 3 años presenta trastorno convulsivo diagnosticado como Epilepsia, recibe tratamiento farmacológico permanente (Oxcarbamazepina / Levetiracetam). A la valoración presenta Retorno cognitivo y del aprendizaje, Trastorno de la conducta y el comportamiento, dificultades Rendimiento académico, cumple ordenes sencillas no complejas, ha presentado politraumatismos por caídas durante las crisis convulsivas. Dependiente Actividades Vida Diaria. Requiere Acompañamiento permanente</p>

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MENTAL SEVERO

 MEDICO Dr. Enrique Parro Médico General C.R. 13166556 C.M. 3794

 FISIOTERAPEUTA RPO06390
--



NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com

ATENCIÓN POR NEUROLOGÍA

DATOS PERSONALES

N° Atención: 11,89

Ciudad: CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) 14/01/2024 - 11:08 A. M. Fecha Atención: 14/01/2024 11:08:05a. m.
TI: 1127048377 Nombres y Apellidos: CORONADO GRIMALDO SHIRLEY DARIELYS Fecha de Nacimiento: 15/12/2008 Edad: 15 AÑOS 0 MESES 29 DÍ
Genero: FEMENINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: NA Teléfono: NA Celular: NA
Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. Ocupación: N Acudiente: YULEY
Teléfono del Acudiente: Parentesco: MADRE

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR EPILEPSIA FOCAL PROBABLEMENTE AUTOLIMITADA DE LA INFANCIA (POR EPOCAS DE ANTERIORES EEG) EN ESTUDIO CON IRM CEREBRAL NORMAL, EN TRATAMIENTO CON OXCARBAZEPINA Y LEVETIRACETAM, ULTIMA CRISIS +-09/2022, HA ESTADO ESTABLE, SIN RECURRENCIA DE CRISIS Y CUENTA CON EEG DE 3 HORAS NORMAL.

ACTUALMENTE CON DIFICULTADES EN APRENDIZAJE Y RENDIMIENTO ACADÉMICO, PERDIÓ EL AÑO, SE REALIZA TEST DE INTELIGENCIA QUE REPORTA: CIT: 49 MUY BAJO, POCO CONFIABLE POR EL PERFIL COGNITIVO DE LA PACIENTE Y CON ENP: CON DISCREPANCIAS CON TEST DE INTELIGENCIA, NO DA CONCEPTO DEFINITIVO, RECOMIENDA REPETIR A FUTURO PRUEBA DE INTELIGENCIA. CONSIDERO QUE EL CASO SE TRATA MAS DE UN COEFICIENTE INTELECTUAL LIMITE A UNA DISCAPACIDAD COGNITIVA.

SEMIOLOGIA DE CRISIS: INICIAN A LOS 11 AÑOS, TODAS SON ESTEREOTIPADAS, TODAS EN SUEÑO, CON DESVIACIÓN DE COMISURA LABIAL Y AUMENTO DEL TONO CORPORAL ASIMETRICO, NO RECUERDAN LATERALIDAD, CON ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA, CIANOSIS PERIBUCAL, SE MUERDE LA LENGUA AL LADO IZQUIERDO, NO RELAJA ESFINTERES.

ANTECEDENTES:

-PERINATALES: 2DO PRODUCTO DE PADRES, NO CONSANGUÍNEOS. EMBARAZO CONTROLADO, COMPLICADO POR EPILEPSIA, REFIERE STORCH: NEGATIVO, NACE A "8 MESES", POR CESÁREA, NO HAY DATOS ANTROPOMÉTRICOS, DESCRIBE BUENA ADAPTACIÓN NEONATAL. NO ICTERICIA O HIPOGLICEMIA., ALTA TEMPRANA
-PATOLÓGICOS: RETRASO DEL NEURODESARROLLO
-FAMILIARES: MADRE CON EPILEPSIA FENOBARBITAL, NIEGA OTRAS PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS EN LA FAMILIA
-NEURODESARROLLO: MARCHA: 18 MESES, CONTROL ESFÍNTERES: 18 MESES, PRIMERAS PALABRAS: 12 MESES

*PERSONALES:

-EPILEPSIA FOCAL
-TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES (CIT: 70 LÍMITE)

*FAMILIARES: MADRE CON EPILEPSIA

*FARMACOLÓGICOS:

-OXCARBAZEPINA TRILEPTAL SUSPENSIÓN 60MG/ML FRASCO X 100 ML DAR 9 CC CD 12 HORAS VIA ORAL
-LEVETIRACETAM 9 CC CADA 12 HORAS

PREVIAMENTE

ACIDO VALPROICO - PARCIAL RESPUESTA CLÍNICA

ESCOLARIDAD: TIENE QUE REPETIR 9NO, REGULAR RENDIMIENTO ACADÉMICO, SE LE DIFICULTA EL APRENDIZAJE

ALIMENTACIÓN: BALANCEADA

SUEÑO: 08:00PM-05:00AM, DUERME BIEN

PANTALLAS: PANTALLAS PARCIALMENTE LIMITADAS

PARACLINICOS:

22/12/23: ELECTROENCEFALOGRAMA DE 3 HORAS: NORMAL

21/12/23: ENP: CON DISCREPANCIAS CON TEST DE INTELIGENCIA, NO DA CONCEPTO DEFINITIVO, RECOMIENDA REPETIR A FUTURO PRUEBA DE INTELIGENCIA.

01/12/23: TEST DE INTELIGENCIA: CIT: 49 MUY BAJO, CV: 55 RP: 55, MT: 59 VP: 65, DIFICULTADES ATENCIONALES Y DE MEMORIA DE CORTO PLAZO

03/2023 CH: NORMAL, HB: 12.8 GR/DL, TSH: 1.73 T4L: 1.29 NA: 143.5

09/11/2022 VIDEOEEG DE 3 HORAS (CONEURO) DESCRIBE INFORME DENTRO DE LÍMITES NORMALES. OPINIÓN PERSONAL: EN ÉPOCAS ADJUNTAS SE EVIDENCIA ACTIVIDAD PAROXÍSTICA DE PUNTA Y POLIPUNTA ONDA LENTA SOBRE REGIÓN FRONTAL DERECHA, CON MÁXIMOS EN F4

01/2022 IRM CEREBRAL SIMPLE NORMAL. NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES

01/2021 EEG (CONEURO) DE VIGILIA ANORMAL POR ACTIVIDAD PAROXÍSTICA DE DESCARGAS EPILEPTIFORMES EN ÁREA FRONTAL DERECHA

04/2021 PRUEBA COGNITIVA (CONEURO) CIT: 70 CV: 65, RP: 75, MT: 94, VP: 73

OBJETIVO

NO APLICA

EXÁMENES PARACLÍNICOS PREVIOS

NO APLICA

CODIGO	DIAGNÓSTICOS	ORIGEN	TIPO
F81	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	ENFERMEDAD GENERAL	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO
G40	EPILEPSIA	ENFERMEDAD GENERAL	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO

ANÁLISIS Y PLAN DE TRATAMIENTO

PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR EPILEPSIA FOCAL PROBABLEMENTE AUTOLIMITADA DE LA INFANCIA (POR EPOCAS DE ANTERIORES EEG) EN ESTUDIO CON IRM CEREBRAL NORMAL, EN TRATAMIENTO CON OXCARBAZEPINA Y LEVETIRACETAM, ULTIMA CRISIS +-09/2022, HA ESTADO ESTABLE, SIN RECURRENCIA DE CRISIS Y CUENTA CON EEG DE 3 HORAS NORMAL, POR LO QUE INICIO DESCENSO PROGRESIVO DE MEDICAMENTOS, SE EXPLICA A LA MADRE RIESGO DE RECURRENCIA DE CRISIS.

ACTUALMENTE CON DIFICULTADES EN APRENDIZAJE Y RENDIMIENTO ACADÉMICO, PERDIÓ EL AÑO, SE REALIZA TEST DE INTELIGENCIA QUE REPORTA: CIT: 49 MUY BAJO, POCO CONFIABLE POR EL PERFIL COGNITIVO DE LA PACIENTE Y CON ENP: CON DISCREPANCIAS CON TEST DE INTELIGENCIA, NO DA CONCEPTO DEFINITIVO, RECOMIENDA REPETIR A FUTURO PRUEBA DE INTELIGENCIA.

CONSIDERO QUE EL CASO SE TRATA MAS DE UN COEFICIENTE INTELECTUAL LIMITE A UNA DISCAPACIDAD COGNITIVA, INDICO ADAPTACIÓN CURRICULAR PIAR EN COLEGIO Y TERAPIAS DE REHABILITACIÓN COGNITIVA.

PLAN:

ADAPTACIÓN CURRICULAR EN EL COLEGIO PIAR.

-OXCARBAZEPINA TRILEPTAL SUSPENSION 60MG/ML FRASCO X 100 ML

DAR 8 CC CADA 12 HORAS VIA ORAL POR 7 DIAS

DAR 7 CC CADA 12 HORAS VIA ORAL POR 7 DIAS

DAR 6 CC CADA 12 HORAS VIA ORAL POR 7 DIAS

DAR 5 CC CADA 12 HORAS VIA ORAL POR 7 DIAS

DAR 4 CC CADA 12 HORAS VIA ORAL POR 7 DIAS

DAR 3 CC CADA 12 HORAS VIA ORAL POR 7 DIAS

DAR 2 CC CADA 12 HORAS VIA ORAL POR 7 DIAS

DAR 1 CC CADA 12 HORAS VIA ORAL POR 7 DIAS

LUEGO SUSPENDER

-LEVETIRACETAM 9 CC CADA 12 HORAS (42MG/KG/D) **IGUAL**, SE INICIARÁ DESCENSO DE ACUERDO A EVOLUCIÓN

TERAPIA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA 2 VECES POR SEMANA POR 3 MESES

CONTROL EN 3 MESES.

ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLÓGIA	CANT	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN A SERVICIOS N° 1

NOMBRE DEL SERVICIO	CANT	FECHA CREACIÓN
944301 TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA	24	14/01/2024 11:28:20a. m

ORDEN A SERVICIOS N° 2

NOMBRE DEL SERVICIO	CANT	FECHA CREACIÓN
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	1	14/01/2024 11:28:50a. m

ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD	MOTIVO DE LA REMISIÓN	FECHA CREACION
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

MÉDICO

Dra. Andrea Vargas Sanabria
F.R. Neuropediatra UdeC
R.M. 1095926179

Firma:

ANDREA VARGAS S.

Nombre:

VARGAS SANABRIA ANDREA PATRICIA

R. M.:

1095926179

PACIENTE

Firma:

Nombre:

CORONADO GRIMALDO SHIRLEY DARIELYS

TI:

1127048377



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	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1127048377
NOMBRES	SHIRLEY DARIELYS
APELLIDOS	CORONADO GRIMALDO
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: 09/26/2024 09:44:30 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

Registro válido

Fecha de consulta:

26/09/2024

Ficha:

54874043548600000247

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SHIRLEY DARIELYS

Apellidos: CORONADO GRIMALDO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1127048377

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

15/06/2023

Última actualización ciudadano:

04/09/2023

Última actualización via 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



GASES DEL ORIENTE S.A. E.S.P.
NIT : 890503900-2
CLL 10 #5-84 EDF. SEADE OF. 201
Somos autorizados Res. 0547 de 20/01/2002 y Grandes
Contribuyentes Res. DIAN 012220 de 26/12/2022.
Autorización Numeración de Facturación

Numeración autorizada
Rango Desde FACT0 Hasta FACT5000000
Vigencia desde 2024-04-08 Hasta 2026-04-08
730 Días
18764068641210

Código de usuario
y/o referencia

177353

JOSE AGUSTIN GRIMALDO ISCALA
CL 1 N 10 15 SAN GREGORIO

NIT: 88188280
Ciudad VILLA DEL ROSARIO

Próximas fechas
Lectura
Entrega fact.

Revisión periódica

Fecha vencimiento:

Total a pagar 1 + 2 \$61.070,00

Pago oportuno hasta 2024-08-28

Fecha de suspensión 2024-08-29

Fecha y hora de generación 2024-08-17

Fecha y hora de expedición 2024-08-17

Forma de pago Crédito

Factura electrónica de venta

FACT835825

Ruta 602035133031

Ciclo 35

Último pago 2024-07-24

Atraso 0

Mora% 2.159 Corriente% 2.159 Mora P. Servicio% N/A

Valores en reclamación \$0,00

Periodo facturado 06-JUL-2024-05-AGO-2024 Días facturados 31

Medidor No 0173400745 Estrato 2 -DOM DOM

	Lectura	Fecha	Tipo
Anterior	363	2024-07-05	Real
Actual	375	2024-08-05	Real

Factor de corrección 0,945 Consumo corregido 11,34

Poder calorífico 1067,00 Consumo Kw/H 125,19 Valor Kw/H 11,04

Observaciones de lectura

CUFE: cd0cdd4cefb0efc0af88024943b4f4f793c7d02e9d25b1589017b2dabe03123184978906db670d3904a2bde44940a134

1	Código	Concepto	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total
12	FE Ajuste decena		UND	1,00	\$1,83	\$1,83	0	\$1,83
02	FE Consumo		M3	11,34	\$3.792,28	\$43.004,46	0	\$43.004,46
03	Subsidio		UND	11,34	\$-1.709,18	\$-19.382,11	0	\$-19.382,11

Subtotal \$23.624,18

16	Credito refinanciacion	UND	1,00	\$19.112,17	\$19.112,17	0	\$19.112,17
41	FE Intereses Refinanciacion	UND	1,00	\$18.333,65	\$18.333,65	0	\$18.333,65

Subtotal \$37.445,82

Valor total \$61.070,00

2	Concepto	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total
---	----------	-----	------	----------------	----------	-----	-------

Subtotal

\$0,00

3	Concepto	Saldo	Cuota mes	Vr. cuota	Nuevo saldo	Cuotas pend.
			Cuota Interés			

Credito refinanciacion	\$890.415,19	\$19.112,17	\$18.333,65	\$37.445,82	\$871.303,02	32/60
------------------------	--------------	-------------	-------------	-------------	--------------	-------

Total ítems: 3

Total factura electrónica: \$61.339,94

Total a pagar 1 + 2 \$61.070,00

El fraude atenta contra su vida, la de sus vecinos y pone en riesgo su inmueble. Denúncielo. LÍNEA DE ATENCIÓN 6075748888-018000999188 - LÍNEA EMERGENCIA 164 - 3105845521



(415)7709998000674(8020)31639408(3900)0000061070(96)20240828

FAVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Código usuario y/o referencia
Periodo de facturación
Factura electrónica de venta
Pague hasta
Total a pagar

177353

06-JUL-2024-05-AGO-2024

FACT835825

2024-08-28

\$61.070,00

Recaudador

PAGUE SOLO EN CAJAS Y PUNTOS AUTORIZADOS POR LA EMPRESA

INICIARIO

Imágenes por sistema villamizar NIT 13600404-4

A partir del 24/07/24, la metodología para definir las desviaciones significativas del consumo cambiará, su nueva estructuración podrá ser consultada en el Anexo 1 al CCU publicado en la página web desde el 20/07/24. Para mayor información consultar el Boletín informativo número 05-2024 publicado en la página www.gasesdelorientes.com.co.

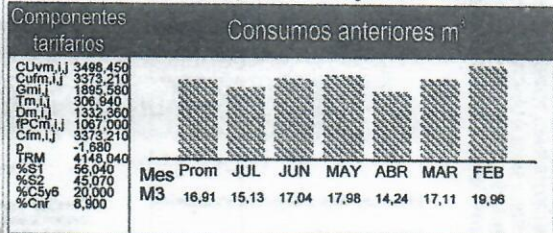
APROVECHA TU
CUPO APROBADO

\$2.200.000

PARA RENOVAR TU HOGAR

FERRETERIA Y CONSTRUCCION
ELECTROHOGAR
TECNOLOGIA

Cupo disponible
\$2.200.000,00



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
60.410.154

NUMERO
GRIMALDO ISCALA

APELLIDOS
ZULEIMA

NOMBRES

Zuleima Grimaldo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-AGO-1974**
VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-DIC-1995 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YARZA



A-2510000-43157605-F-0060410154-20070427 0228207117A 02 221820104