

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: F840



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 843413

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.030.042.004
GARCIA FERNANDEZ
APELLIDOS
ESTEFANY SOFIA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



Celular = 373 4203756-376425
4595

Correo = yoniseyo 123@gmail.com



FECHA DE NACIMIENTO Q1-JUN-2015
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
01-JUN-2033 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
09-JUN-2022 VILLA DEL ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

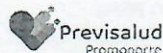
INDICE DERECHO



REGISTRO NACIONAL
ALEXANDER VELAZQUEZ

P-2510000-01309944-F-1030042004-20220726 0080198523A 1 8504918869

Fecha Actual : martes, 16 mayo 2023



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

PSIQUIATRIA PEDIATRICA
HISTORIA CLINICA GENERAL

N° Historia Clínica: 1030042004

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ESTEFANY SOFIA GARCIA FERNANDEZ	Identificación:	Tarjeraldentidad 1030042004 Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento:	01/junio/2015	Edad Actual:	7 Años / 11 Meses / 14 Días
Dirección:	kdx 60 h	Estado Civil:	Soltero
Barrio:	LA PALMITA	Teléfono:	3134203756
Ocupación:	MENOR SIN OCUPACION	Procedencia:	VILLA DEL ROSARIO
		Correo Electronico:	noresponder@previsalud.com

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA	Régimen:	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO SUBSIDIADO	Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)
Tipo de contrato:	Factura_Global	Tipo:	Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 2

(Fecha: 16/05/2023 12:45 p. m.)

Acompañante:	Parentesco:	Teléfono Acomp:
Dirección Resp:	N° Ingreso: 482985	Fecha: 16/05/2023 10:36:13 a. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

7 AÑOS 11 MESES
VIVE: MADRE , PADRE HERMANO 11 AÑOS
NO ASISTE A ESCOLARIDAD
ASISTE CON LA MADRE : ANGELA FERNANDEZ AMA DE CASA
PADRE : MIGUEL GARCIA CENABASTOS

Enfermedad Actual

PACIENTE CON DXTICO DE AUTISMO DE MODERADO FUNCIONAMIENTO , USO DE LENAGUJE PREVERBAL SOLO ANTE NECESIDAD, NO FRASES, CANTA , NO JUEGO CON INTENCION , ESTEROTIPIAS CONSTANTES , NNO SIGUE LA INSTRUCCION , NO COMPRENDE LA INSTRUCCION , MARCADA INQUIETUD MOTORA, NO MIDE RIEGOSOS , MADRE DEBE ACOMPÑAR CONSTANTEMENTE EN SU ABC, NO LOGRA REALZIAR ACTIVIDADES SOLA , CONTROL DE ESFINTERES, COME SOLA , USO DE CUCHARA, BUEN PATRON DE SUEÑO Y DE ALIMENTCAION , ESTEROTIPIAS CONSTANTE , NO ESTUDIOS
PRODUCTO DE SEGUNDO EMBARAZO MATERNO , IVU A REÉTICION , , A TERMINO , CESAREA DE URGENCIA ?, SALIDA CON LA MADRE , NO ENF INTERCURRENTES, MADRE NOTA INVOLUCION A LOS 12 MESES, CAMINA 15 MESES.
MADRE REFIERE CRISIS DE ASMA NO RECUERDA MEDICACION
FAMILIARES : NEG
PADRES NO CONSAGUINIDAD
MADRE CON ANT DE DEPRESION HACE 12 AÑOS ACTUALMENTE NO USO DE MEDICACION

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema neurológico	No refiere
Sistema otorrino	No refiere
Sistema respiratorio	No refiere
Sistema cardiovascular	No refiere
Sistema gastrointestinal	No refiere

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha Actual : martes, 16 mayo 2023

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	6/02/2023 3:39:44 p. m.	AUTISMO
Médicos	16/05/2023 12:45:09 p. m.	DESCRITOS

Fumador	Medida Fumador	Tiempo Fumador	Medida Exfumador	Tiempo Exfumador
Fumadores en Casa	Exposición al humo	Tiempo exposición	Medida Exposición	Mascotas en casa
Sustancias			Medida Sustancias	Tiempo Sustancias

Planifica
FUP G P A C V E M

EXAMENES

Código	Nombre
891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

904902 HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH)

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Código	Nombre
890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA

Observación:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

Nombre reporte : HCRPHistoBase

3/5
Usuario: 1093781367

Fecha Actual : martes, 16 mayo 2023

931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL

Observación: **RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

937000 TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD

Observación: **RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

938303-1 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD

Observación: **RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

943102 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA

Observación: **RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

890375 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA

Observación: **RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

890248 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA

Observación: **RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
------------------	--------	--------	-------------

Impresión Diagnostica F840 AUTISMO EN LA NINEZ

☒ Principal

Causa Externa: Otra

Finalidad Consulta: No Aplica

MEDICAMENTOS

CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
-----	--------	---------------	--------------	----------

20153948-01 RISPERIDONA 1 MG/ML SOLUCION ORAL (FRASCO X 20 ML)

1 MG/ML

2 GOTAS

Via de administración: Oral Duración: 80 Dias

Indicación: TOMAR 10 GOTAS CADA 12 HORAS

INDICACIONES MEDICAS

PACIENTE CON AUTISMO, SIN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, SIN PROCESO TERAPÉUTICO, CON SIGNOS COMPROMETIDOS, SE INICIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1093781367

Fecha Actual : martes, 16 mayo 2023

PROCESO , VAL POR NEURPEDIATRIA
T OCUPACIONAL: 20
T LENAGUJ E: 20
T FISICA: 20
PSICOLOGIA CONDUCTUAL: 20
ENFOQUE CONDUCTUAL , CONTINUAS

VAL POR NEURPEDIATRIA

CONTORL EN 2 MESES

SS EEG

SS TSH Y T4L

SS VAL POR GENETICA

RISPERIDONA SOL ORAL 1MG / 1 ML FCO : 2
TOMAR 10 GPTAS EN LA MÑANA Y 10 GOTAS POR LA NOCHE

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Código	Nombre
--------	--------

Observación:

afonschup
RM. 63549820

MONSALVE QUINTERO NOHORA XIMENA
PSIQUIATRIA PEDIATRICA
63549820 o 63549820



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	1030042004
NOMBRES	ESTEFANY SOFIA
APELLIDOS	GARCIA FERNANDEZ
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:	09/02/2024 08:17:34	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:

12/09/2024

Ficha:

5487405552400000102

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ESTEFANY SOFIA

Apellidos: GARCIA FERNANDEZ

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1030042004

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/08/2019

Última actualización ciudadano:

03/09/2024

Última actualización vía registros administrativos:

04/09/2024

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

ASOCIACION DE USUARIOS ACUEDUCTO JUAN FRIO
 Autorización de Numeración de Facturación 18762011672777
 Fecha: 2018/12/07. Autorizado por 18 meses del No. 1 al No. 5500
 Municipio: VILLA DEL ROSARIO - NIT. 807.004.516-4

Vigilante
 SUPERSERVICIOS
 PUBLICOS
 DOMICILIARIOS

FACTURA No.
 31962

Dir: KDX 53 CAIMITO

Código del Suscriptor: 0500-3860-	Cód. Interno: 003860	Nombre: JESUS CONTRERAS
Uso: Residencial	# Conexión: 05003860	Dirección: KDX 60-H-N
Periodo Facturado DEL 01 AL 31 DE JULIO	Estrato/Categoría: BAJO BAJO	Barrio: CAMPIÑAS
CC ó NIT 0	Expedida: 23/07/2024	Lectura Anterior: 0
	Id. Medidor:	Lectura Actual: 0
		Consumo: 0 m3
		Tipo Consumo: Real
		Estado de Lectura:

Acueducto			A. Caserio		
Rango	Cons m3	\$ m3	Subtotal	\$ m3	Subtotal
0 a 0					
1 a 0					
> 0					
Costo Total Consumo					

Consumo Ultimos 6 Periodos			
Periodo	Cons m3	Valor Factura	Gráfico
Junio	0	\$40,400.00	
Mayo	0	\$20,000.00	
Abril	0	\$25,000.00	
Marzo	0	\$20,000.00	
Febrero	0	\$20,000.00	
Enero	0	\$20,000.00	

Prome. Suscriptor Promedio Estrato

Detalle de su deuda al periodo Anterior			
Servicio	Capital Adeudado	Interes Acum. Ant.	Int periodo Anter.
Acueducto	0.00	0.00	0.00
A. Caserio	0.00	0.00	0.00
Riego	0.00	0.00	0.00
Totales	0.00	0.00	0.00

Punto de Pago: Oficina: JUAN FRIO

Concepto	Cuota	Valor Real	Subsidio	Valor a Pagar
Tarifa Plena Acueducto		\$20,000.00		\$20,000.00
		\$0.00		
Otros a Cobrar				\$0.00

Total a Pagar \$20,000.00

Pago sin recargo hasta 15/08/2024
 Pago con recargo hasta 17/08/2024

Observaciones:
 SEÑOR USUARIO Evite las suspensiones y cobros de reconexion. PAGUE OPORTUNAMENTE.
 DEBEN CANCELAR LA TOTALIDAD DE LA DEUDA

Esta factura presenta merito ejecutivo ley 142 de 1994 Art.130

ASO JUANFRIO
 NIT. 807.004.516-4
 MUNICIPIO : VILLA DEL ROSARIO

Factura No.	31962.00
Código Suscriptor	0500-3860-
Código Interno	003860
JESUS CONTRERAS	
KDX 60-H-N	
Subtotal Acueducto	\$20,000.00
Subtotal A. Caserio	\$0.00
Subtotal Riego	\$0.00
Subtotal Otros	\$0.00
Total a Pagar	\$20,000



Desprendible para la Empresa
 * 3 1 E B 2 *

Periodo Facturado: DEL 01 AL 31 DE JULIO

ASO JUANFRIO
 NIT. 807.004.516-4
 MUNICIPIO : VILLA DEL ROSARIO

Factura No.	31962.00
Código Suscriptor	0500-3860-
Código Interno	003860
JESUS CONTRERAS	
KDX 60-H-N	
Subtotal Acueducto	\$20,000.00
Subtotal A. Caserio	\$0.00
Subtotal Riego	\$0.00
Subtotal Otros	\$0.00
Total a Pagar	\$20,000



Desprendible para el Banco
 * 3 1 E B 2 *

Periodo Facturado: DEL 01 AL 31 DE JULIO

No tenemos energía eléctrica ..

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37.667.464**

FERNANDEZ PEDRAZA

APELLIDOS
ANGELA PATRICIA

NOMBRES
Angela Patricia Fernandez

FIRMA



C = 373 420 375 6. - 376 425 459 5

correo = Yoniseyo423@gmail.com



FECHA DE NACIMIENTO **16-NOV-1979**

EL PLAYON
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-MAY-1998 EL PLAYON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2500100-00190207-F-0037667464-20091024 0017444034A 2 26955186