

## 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



Celular = 373 4203756 - 376425  
4595

Correo = yoniseyo723@gmail.com



SALUD SOCIAL S.A.S.



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

PSIQUETRIA PEDIATRICA

HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clínica: 1030042004

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ESTEFANY SOFIA GARCIA FERNANDEZ Identificación: TarjetaIdentidad 1030042004 Sexo: Femenino  
Fecha Nacimiento: 01/junio/2015 Edad Actual: 7 Años / 11 Meses / 14 Días Estado Civil: Soltero  
Dirección: kdx 60 h Teléfono: 3134203756  
Barrio: LA PALMITA Procedencia: VILLA DEL ROSARIO  
Ocupación: MENOR SIN ÓCUPACION 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:  
Dirección Resp: Teléfono Acomp:  
Nº 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 ESCOALRIDAD  
ASISTE CON LA MADRE : ANGELA FERNANDEZ AMA DE CASA  
PADRE : MIGUEL GARCIA CENABASTOS

EnfermedadActual

PACIENTE CON DXTICO DE AUTISMO DE MODERADO FUNCIONAMIENTO , USO DE LENAGUJE PREVERBAL SOLO ANTE NECESIDAD, NO FRASES, CANTA , NO JUEGO CON INTENCION , ESTEROTIPIAS CONSTANTES , NO SIGUE LA INSTRUCCION , NO COMPRENDE LA INSTRUCCION , MARCADA INQUIETUD MOTORA, NO MIDE RIEGOS , , MADRE DEBE ACOMPAÑAR CONSTANTEMENTE EN SU ABC, NO LOGRA REALIZAR 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

Fecha Actual : martes, 16 mayo 2023

### EXAMEN FISICO - 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				
<b>EXAMENES</b>											
<table border="1"><thead><tr><th>Código</th><th>Nombre</th></tr></thead><tbody><tr><td>891402</td><td>ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO</td></tr></tbody></table>								Código	Nombre	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO
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:

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	Diagnóstico
Impresion_Diagnostica	F840	AUTISMO EN LA NINEZ	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa: Otra
---------------------	-----------	---------------------

#### 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:	60 Días
Indicación:			

#### INDICACIONES MEDICAS

PACIENTE CON AUTISMO , SIN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS , SIN PROCESO TERAPÉUTICO, CON SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES , SE INICA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

4/5

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 NEURPEDIATRA

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:

*Afonso schw.*  
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:

54874055552400000102

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 FRIOS

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

Vigencia  
SUPERSERVICIOS  
PUBLICOS  
DOMICILIARIOSFACTURA No.  
**31962**ASOJUANFRIOS  
NIT. 807.004.516-4  
MUNICIPIO : VILLA DEL ROSARIO

Código del Suscriptor:

**0500-3860-**

Cód. Interno:

**003860**

# Conexión:

**05003860**Nombre: **JESUS CONTRERAS**

Dir: KDX 53 CAIMITO

Uso: Residencial

Estrato/Categoría:

**BAJO BAJO**

Barrio: CAMPIÑAS

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**

DEL 01 AL 31 DE JULIO

Expedida:

**23/07/2024**

CC ó NIT

**0**

Id. Medidor:

**0**

Periodo Facturado

Periodos a cancelar:

**1**



C = 373 4203756.- 376 4254595

correo = Yoniseyo723@gmail.com

