

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **2.174.335**

GALVIS DAZA

APELLIDOS

MANUEL

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1929**

SAN MIGUEL
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1:60

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

26-SEP-1956 SAN MIGUEL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2510000-00549261-M-0002174335-20140222

0037359430A 1

42353188

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	CC	DOCUMENTO:
Galvis	Daza	Manuel	cc	2174235
Edad: 93	Estado Civil: Casado	Escolaridad: —	Género: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	
Dirección: D. San Gregorio Cl 2 N: 456 U/A 0			Teléfono: 350/3735320	

FECHA: AÑO: 2023 MES: 07 DIA: 26

DIAGNÓSTICO: Trastorno Discos Intervertebrales / Hernia Discal (N510)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Enfermedad Prostática (N429)

Anormalidades Marcha y Movilidad (R268)

Paciente que en la vida aprox 20 años sufrió trauma lumbar ocasionando hernias discales y trastornos discos intervertebrales que le generan dolor e incapacidad funcional. Adicionalmente presenta Enfermedad Prostática que le genera edema severo en miembros inferiores. Presenta desacomodamiento físico, desplazamiento en Silla de ruedas por Algidez Severa.

Dependiente de todas las actividades de la Vida Diaria.

Requiere Acompañamiento permanente.

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MOTORA SEVERA.

 MEDICO	 FISIOTERAPEUTA
---	--

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : MANUEL GALVIS DAZA **Identificación :** CC 2174335
Sexo : M **Edad :** 94 Años **Fecha de Nacimiento :** 07/09/1929 **Teléfono:** 3503735320 **Estado Civil:** SOLTERO(A)
Dirección: VILLA DEL ROSARIO BARRIO SANTANDER **Ocupación :** INDEPENDIENTE **Tipo de Afiliación :** BENEFICIARIO
Tipo de Usuario : Subsidiado **Contrato :** S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
13/06/2024	15:01	*	*	*	*	*	*

Servicio: 890343-CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

MOTIVO DE CONSULTA:
cnontrol

ENFERMEDAD ACTUAL:
paciente de 93 años con diagnóstico de
Villa de rosario
vive con la hija

1. ESPONDILOARTROSIS GENERALIZADA SEVERA
2. DOLOR CERVICAL MIXTO
- 2.1 DISCOPATIA GENERALIZADA, CANA CERVICAL ESTRECHO PREDOMINO C4C5 Y C5C6
- 3.DOLOR LUMBAR CRONICO
- 3.1 LISTESIS L5S1 CON MINIMA HERNIA DISCLA, CANAL AMPLICO, DISCOPATIA GENERALIZADA.
- 4 POLINEUROPATIA SENSITIVO MOTORA MIELINICA DE CUATRO EXTREMIDADES

Intervencion 29/04/2024 inyeccion peridural de esteroides: mejoría del dolor

Refiere mejoría del dolor en piernas Queja doloros miembros inferiores en calcetines tipo prurito

2da quija dolorosa axial de region cervical a region lumbar, sin cambios

persiste con sueño irregular, insomnio de reconciliación
Animo triste por dolor
No nuevos episodios confucionales

paraclínicos
pendientes

manejo analésico actual
1 ACETAMINOFEN + CAFEINA 500 +65MG, # 120 TABLETAS
USO: VIA ORAL , tomar 1 tableta en la mañana y una en al medio día , SE FORMULA POR 2 MESES

2 LIDOCAINA PARCHES 5% 700 MG # 60 PARCHES
USO: TRANSDERMICO , COLOCAR 1 parche en la noche de 7pm a 7am. mejoría del dolor , SE FORMULA POR 2 MESES

3 mirtazapina tab por 30mg, # 60 TABLETAS
USO: VIA ORAL tomar 1 tableta en la noche , SE FORMULA POR 2 MESES

4 TAPENTADOL 50 MG # 120 TABLETAS

Dr. Nestor Ivan Garcia M.
Anestesiología
Dolor y C. Paliativo
R.M. 14136250
Universidad del Bosque

Atendido por:

NESTOR IVAN GARCIA MONTAÑO
CC. 14136250
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Reg Prof. 119242

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : MANUEL GALVIS DAZA

Identificación : CC 2174335

Sexo : M

Edad : 94 Años

Fecha de Nacimiento : 07/09/1929

Teléfono: 3503735320

Estado Civil : SOLTERO(A)

Dirección: VILLA DEL ROSARIO BARRIO SANTANDER

Ocupación : INDEPENDIENTE

Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO

Tipo de Usuario : Subsidiado

Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO

Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
-------	------	---------	-------------	-------------	-------	------	-------

USO: VIA ORAL , TOMR 1 TAB LIBERACION MODIFICADA # 120 USO TOMAR 1 TAB CADA 12 HR POR 2 MESES. no se lo entregaron

5 duloxetine cap por 30mg, # 60 CAPSULAS

USO: VIA ORAL tomar 1 a las 9 de la mañana (no suspender), SE FORMULA POR 2 MESES

6 POLIETILENGLICOL SOBRE POR 17 GRAMOS 3350 # 60 SOBRES

USO: VIA ORAL , TOMAR 1 SOBRE AL DIA, SE FORMULA POR 2 MESES

manejo previo

1. BISACODILO TAB 5MG # 360

USO TOMAR TAB CADA 12 HR POR 6 MESES

2 ACETAMINOFEN + HIDROCODONA 325/5 MG # 360

USO. TOMAR 1 TAB CADA 12 HR POR 6 MESES

3 Diclofenaco gel 1% tubo de 100g # 12 TUBOS

USO : aplicar cada 12h por 6 mESES

4. AMITRIPTILINA TAB 25 MG # 180

USO TOMAR 1 TAB CADA NOCHE POR 6 MESES

5. PREGABALINA 50 MG # 360

USO. TOMAR 1 CAP CADA 12 HR POR 6 MESES

*** IRM COLUMNA CERVICAL SIMPLE CON DISCOPATIA GENERALIZADA, CANA CERVICAL ESTRECHO PREDOMINO C4C5 Y C5C6 SIN COMPRESION MEDULAR O SIGNOS DE MIELOPATIA.

***IRM COLUMNA DORSAL SIN PATOLOGIA QUIRURGICA, SIN EMBARGO EN SCOUTVIEW SE OBSERVA MIELOPATIA CERVICAL POR ESTRECHEZ CERVICAL C4C5.

***IRM COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE CON LISTESI L5S1 CON MINIMA HERNIA DISCLA, CANAL AMPLICO, DISCOPATIA GENERALIZADA. EMG Y VNC DE 4 EXTREMIDADES MUESTRA POLINEUROPATIA SENSITIVO MOTORA MIELINICA DE CUATRO EXTREMIDADES

ANTECEDENTES

**TABAQUISMO (-) ALCOHOL (-) DROGAS ILICITAS (NO) CANABIS MEDICINAL (-)

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS: HTA , SONDA VESICAL NORMOFUNCIONANTE

**FARMACOLOGICOS: LOSARTAN

**ALERGICO: NO

**QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA

**PSIQUIATRICOS: NO DUERME BIEN

**CX ESPINA:

INTERVENCIONISMO: NO

Dr. Nestor Ivan Garcia M.
Anestesiología
Dolor y C. Paliativo
R.M. 14136250
Universidad del Bosque

Atendido por:

NESTOR IVAN GARCIA MONTAÑO

CC. 14136250

Reg Prof. 119242

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : MANUEL GALVIS DAZA **Identificación :** CC 2174335
Sexo : M **Edad :** 94 Años **Fecha de Nacimiento :** 07/09/1929 **Teléfono:** 3503735320 **Estado Civil :** SOLTERO(A)
Dirección: VILLA DEL ROSARIO BARRIO SANTANDER **Ocupación :** INDEPENDIENTE **Tipo de Afiliación :** BENEFICIARIO
Tipo de Usuario : Subsidiado **Contrato :** S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
-------	------	---------	-------------	-------------	-------	------	-------

++++EXAMENES:

***TAC DE CRANEO SIMPLE CON VENTRICULOMEGALIA EXVACUO E ATROFIA CEREBRAL MARCADA.
 ***IRM COLUMNA CERVICAL SIMPLE CON DISCOPATIA GENERALIZADA, CANA CERVICAL ESTRECHO PREDOMINO C4C5 Y C5C6 SIN COMPRESION MEDULAR O SIGNOS DE MIELOPATIA.
 ***IRM COLUMNA DORSAL SIN PATOLOGIA QUIRURGICA, SIN EMBARGO EN SCOUTVIEW SE OBSERVA MIELOPATIA CERVICAL POR ESTRECHEZ CERVICAL C4C5.
 ***IRM COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE CON LISTESI L5S1 CON MINIMA HERNIA DISCLA, CANAL AMPLICO, DISCOPATIA GENERALIZADA. EMG Y VNC DE 4 EXTREMIDADES MUESTRA POLINEUROPATIA SENSITIVO MOTORA MIELINICA DE CUATRO EXTREMIDADES.

REVISIÓN 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 cuáles?: Normal.

*

EXAMEN GENERAL

Oídos: Normal. , Nariz: Normal. , Boca: Normal. , Cuello: Normal. , Tórax: Normal. , Abdomen: Normal. , Genitourinario: Normal. , Osteoarticular: Normal. , Sstema Nervioso: Normal. , Piel: Normal. , Musculo - Esqueletico: Normal. , Neurológica - Esfera mental: Normal. , CardioPulmonar: Normal.

EXÁMEN GENERAL:

ngresa en silla de ruedas, tiene dolor generalizado en columna toraxico y lumbar paravertebral. no puntos miofasciales. Hay hipoestesia a nivel de piernas bilateral (no es facil el examen, por no claridd en las descripcion del pciente)

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

plan
 pacinete de 93 años cuadro de polineuropatia sesitivo motora mielínica en 4 extremidades. Se descarto mielopatía por compresion cervical por neurocirugía. Claros descriptores neurpático de predominio en pierna en distribucion de calcetin bilateral. Presenta mejoría con el manejo analgesico instaurado. Persiste con transtorno del sueño, resolucion de la constipacion. se realizo intervencionismo analgesico exitoso, tiene pendiente exámenes de sangre solicitados.

plan

1 ACETAMINOFEN + CAFEINA 500 +65MG, # TABLETAS

USO: VIA ORAL , tomar 1 tableta en la mañana y una en al medio día , SE FORMULA POR 3 MESES

2 LIDOCAINA PARCHES 5% 700 MG # PARCHES

USO: TRANSDERMICO , COLOCAR 1 parche en la noche de 7pm a 7am. mejoría del dolor , SE FORMULA POR 3 MESES

3 melatonina tab por 3 mg, tomar 1 en la noche

4 TAPENTADOL 50 MG # TABLETAS

Dr. Nestor Ivan Garcia M.
Anestesiología
Dolor y C. Paliativo
R.M. 14136250
Universidad del Bosque

Atendido por:

NESTOR IVAN GARCIA MONTAÑO
 CC. 14136250
 DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Reg Prof. 119242

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : MANUEL GALVIS DAZA **Identificación :** CC 2174335
Sexo : M **Edad :** 94 Años **Fecha de Nacimiento :** 07/09/1929 **Teléfono:** 3503735320 **Estado Civil :** SOLTERO(A)
Dirección: VILLA DEL ROSARIO BARRIO SANTANDER **Ocupación :** INDEPENDIENTE **Tipo de Afiliación :** BENEFICIARIO
Tipo de Usuario : Subsidiado **Contrato :** S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
-------	------	---------	-------------	-------------	-------	------	-------

USO: VIA ORAL , TOMR 1 TAB LIBERACION MODIFICADA # 120 USO TOMAR 1 TAB CADA 12 HR POR 3 meses

5 duloxetina cap por 30mg, # CAPSULAS

USO: VIA ORAL tomar 1 a las 9 de la mañana (no suspender), SE FORMULA POR 3 MESES

6 POLIETILENGLICOL SOBRE POR 17 GRAMOS 3350 # SOBRES

USO: VIA ORAL , TOMAR 1 SOBRE AL DIA, SE FORMULA POR 3 MESES

CIE10: R522-OTRO DOLOR CRONICO

TRATAMIENTO:

1 ACETAMINOFEN + CAFEINA 500 +65MG, #180 TABLETAS

USO: VIA ORAL , tomar 1 tableta en la mañana y una en al medio dia , SE FORMULA POR 3 MESES

2 LIDOCAINA PARCHES 5% 700 MG # 90 PARCHES

USO: TRANSDERMICO , COLOCAR 1 parche en la noche de 7pm a 7am. mejoría del dolor , SE FORMULA POR 3 MESES

3 melatonina capsulas por 3 mg #90 capsulas

via oral tomar 1 en la noche por 3 meses

4 TAPENTADOL LIBERACION PROLONGADA 50 MG # 180 TABLETAS

USO: VIA ORAL , TOMAR 1 TAB CADA 12 HR POR 3 MESES

5 duloxetina cap por 30mg, # 90 CAPSULAS

USO: VIA ORAL tomar 1 a las 9 de la mañana (no suspender), SE FORMULA POR 3 MESES

6 POLIETILENGLICOL SOBRE POR 17 GRAMOS 3350 #90 SOBRES

USO: VIA ORAL , TOMAR 1 SOBRE AL DIA, SE FORMULA POR 3 MESES

890343- CONTROL EN 3 MESES MEDICINA DEL DOLOR

Dr. Nestor Ivan Garcia M.
Anestesiología
Dolor y C. Paliativo
R.M. 14136250
Universidad del Bosque

Atendido por:

NESTOR IVAN GARCIA MONTAÑO

CC. 14136250

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Reg Prof. 119242

4 de 4

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	2174335
NOMBRES	MANUEL
APELLIDOS	GALVIS DAZA
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	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/30/2024 13:49:23	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:

30/09/2024

Ficha:

54874352561200000891

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MANUEL

Apellidos: GALVIS DAZA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2174335

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/07/2023

Última actualización ciudadano:

12/07/2023

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

Gases del Oriente

Gases del Oriente
S.A. E.S.P.
NIT. 890.603.900-2
CI 10 8-84 OF. 201 EDIFICIO SEADE

ESTA FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ARTICULO 130 LEY 142/94.
SOMOS AUTORETENEDORES RES. 0547 DE 2001/2002 Y GRANDES CONTRIBUYENTES
RES. DIAN 012220 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2022.

CÓDIGO USUARIO Y/O
REFERENCIA DE PAGO ELECTRÓNICO

143386

TOTAL A PAGAR \$87.710

Pago Oportuno Hasta

Fecha de Suspensión

Fecha de Expedición

02-ABR.-2024

03-ABR.-2024

15-MAR.-2024

DOCUMENTO
EQUIVALENTE No.

30444934

Días Facturados

30

Periodo Facturado

06-FEB.-2024-06-MAR.-2024

Ultimo Pago

27-FEB.-2024

\$0

Atraso:

0

DATOS DEL SUSCRITOR

Nombre: **MARGARITA GELVEZ DE GALVIZ**
Dirección: **CL 2 N # 4 - 56**
Barrio: **SAN GREGORIO**
Municipio: **VILLA DEL ROSARIO**

Estrato:

1

Clase de Uso:

DOM

Ciclo:

14

Ruta: **602014702931**

Medidor No.: **0153350421**

Intereses de Mora % **2,424**

Intereses Corriente % **2,424**

DESCRIPCION DEL CONSUMO

CONCEPTO	VALOR
Consumo	\$126.049,18
Subsidio	-\$38.338,41
Ajuste decena	-\$0,77

\$87.710

CONSUMO MES:

37,07

Causa Cobro

Consumo Prom

Lectura Anterior

3425

Lectura Actual

3464

Consumo M3

39,00

Factor

0,9505 x

Consumo Corregido

37,07

Poder Calorífico (BTU/Pc)

1069,00

Consumo Kw/H

409,99

Factor Kw/H

11,06

CONSUMOS

Rango	Cons MP	Vr. MP	Vr Parcial
0 - 20	20,00	\$3.530,24	\$70.604,80
	17,07	\$3.248,06	\$55.444,38

COMPONENTES

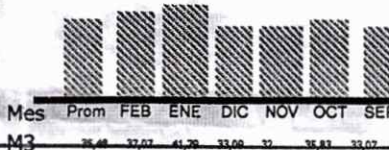
TARIFARIOS

ClmJ 3248,060
CufmJ 3290,210
GmJ 1576,010
TmJ 285,690
DmJ 1404,220
PCmJ 1069,000
CmJ 0,000
CcmJ 0,000
Tvm 0,000
CfmJ 3290,210
p -0,970%
TRM 3925,600
Pm 0,000
%S1 54,300
%S2 42,920
alfa 1 0,000%
alfa 2 0,000%
alfa 3 0,000%
alfa 4 0,000%
%CBy 20,000
%Cv 9,900

TOTAL

\$126.049,18

CONSUMOS ANTERIORES M3



DES: IPI: IO: IRST:

ESTADO DEL CREDITO

CUPO DISPONIBLE

\$2.200.000

DESCRIPCION CUOTA FACTURADA

CONCEPTO	SALDO ANTERIOR DE CAPITAL	ABONO CAPITAL S	INT. FINANCIACIÓN S	VR. CUOTA	NUEVO SALDO DE CAPITAL	CUOTAS PEND.

ESCANEA Y PAGA



Apreciado usuario, recuerde. El pago oportuno de su factura le evitará la suspensión del servicio y un posible reporte negativo ante las centrales de Riesgo (Art. 12, Ley 1266 de 2008)

SEDE: Villavicencio - Calle Comercio No. 100-2-3 4001000-5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.403.125

GALVIS POVEDA

APELLIDOS

BRICEIDA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-FEB-1969

SAN MIGUEL
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

02-SEP-1987 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SANCHEZ TORRES



A 2510000 00149696 F 0060403125 20090207 0009896325A 1 7580006602

celular: 317 4908 747