

## 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

DX:G409-Q021-R32X-G039-G800 CEL. 3115751268-3202312805



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1342220





REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

60654389

NUIP	1092021450
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	N	4	C
---------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA NOTARIA 2 CUCUTA \* \* \* \* \*

Datos del inscrito

Primer Apellido	BREIDENBACH * * * * *	Segundo Apellido	ABACHE * * * * *
-----------------	-----------------------	------------------	------------------

Nombre(s)	NAILA YUSLEI * * * * *
-----------	------------------------

Fecha de nacimiento	Año	2	0	1	9	Mes	A	G	O	Día	2	8	Sexo (en letras)	FEMENINO	Grupo sanguíneo	A	Factor RH	POSITIVO
---------------------	-----	---	---	---	---	-----	---	---	---	-----	---	---	------------------	----------	-----------------	---	-----------	----------

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA \* \* \* \* \*

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	Número certificado de nacido vivo	15476670-1 * * * *
---	---	-----------------------------------	--------------------

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos	BREIDENBACH ABACHE YUSLEIDY KATERINE * * * * *
Documento de identificación (Clase y número)	DE No. C.I. N°24.924.087 * * * * *
Nacionalidad	VENEZUELA * * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos	* * * * *
Documento de identificación (Clase y número)	SIN INFORMACIÓN * * * * *
Nacionalidad	* * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	DIAS BLANCO ANTONY JOSE * * * * *
Documento de identificación (Clase y número)	CC No. 1093767056 * * * * *
Firma	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	* * * * *
Documento de identificación (Clase y número)	* * * * *
Firma	* * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	* * * * *
Documento de identificación (Clase y número)	* * * * *
Firma	* * * * *

Fecha de inscripción	Año	2	0	1	9	Mes	S	E	P	Día	0	7	Nombre y firma del funcionario que autoriza	JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN
----------------------	-----	---	---	---	---	-----	---	---	---	-----	---	---	---	----------------------------------


Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ACTA COMPLEMENTARIA;; OTRO:CN - VALIDO PARA DEMOSTRAR  
NACIONALIDAD;07/09/2019





	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	<b>VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.</b>

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido <u>Breidenbach</u>	2do. Apellido <u>Abache</u>	Nombres <u>Naila Yuslei</u>	DOCUMENTO: <u>1092021450</u>
Edad: <u>3</u>	Estado Civil: <u>Menor</u>	Escolaridad: <u>—</u>	Género: F <u>X</u> M <u>—</u>
Dirección: <u>Cil 17 AN N-15-80A B. la Esperanza U/Rio</u>		Teléfono: <u>320/2312805</u>	

FECHA: AÑO: 2022 MES: 12 DIA: 01 Cuadriplejia Espastica (S824)


DIAGNOSTICO: Epilepsia (E401) Microcefalia (Q021)

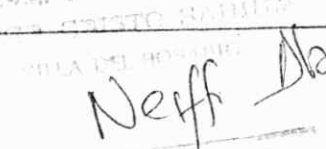
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Incontinencia urinaria (R32X)  
Meningitis (E039)

Paciente al nacer (embarazo gemelar) se le diagnosticó Meningitis, Microcefalia y Epilepsia, Cuadro Convulsivo Severo, Cuadriplejia Espastica, Incontinencia Urinaria, Trastorno de deglución, Disnea al Esfuerzo, No Realiza Ninguna postura del desarrollo motor, No interactúa con el medio externo, Retraso Mental Severo. Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria. Recibe Hto farmacológico permanente. Requiere Acompañamiento permanente.

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA

(Motor-Mental-Lenguaje)

  
MEDICO  
R-3794  
ee-13168558

  
SERVICIO DE TERAPIAS  
FISIOTERAPEUTA  
PP0063910



## Historia Clínica N. 00228959 MEDICINA GENERAL

Documento: CC 1092021450

Edad: 4 Año(s)

Sexo: F

Teléfono: 3115751268

Fecha de consulta: 24/02/2024 20:50

Fecha de impresión: 06/03/2024

Nombre: NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE

Fecha de Nacimiento: 28/08/2019

EPS: NUEVA EPS S.A. REGIMEN CONTRIBUTIVO

Tipo de usuario: SUBSIDIADO

Dirección: CL CALLE 19 N # 15 - 80

Ciudad: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación del paciente: MENOR

### MOTIVO

TELEORIENTACIÓN

NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE

PARENTESCO DEL ACOMPAÑANTE

TELÉFONO DEL ACOMPAÑANTE

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE

YUSLEIDI BREIDENBACH

PARENTESCO DEL RESPONSABLE

MADRE

TELÉFONO DEL RESPONSABLE

3115751268

ETNIA

NO REFIERE

ORIENTACIÓN SEXUAL

NO REFIERE

### MOTIVO CONSULTA

CONSULTA DE SEGUIMIENTO MENSUAL POR MEDICINA GENERAL EN DOMICILIO (PRIMERA VEZ PARA INGRESO AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PAD))

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA MENOR DE EDAD AL QUE SE LE REALIZA CONSULTA MEDICA PARA INGRESO AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, CON DIAGNOSTICOS YA DESCRIPTO EN COMPAÑÍA DE MADRE YUSLEIDI BREIDENBACH BATHEL 0 PUNTOS CON DEPENDENCIA TOTAL TOLERA DIETA BALNEADA USUARIO DE PAÑAL PERMANENTE, EN MANEJO POR PEDIATRIA FAMILIAR REFIERE TOS CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES, NIEGA FIEBRE, NIEGA CONVULSIONES, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA

### ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

LUCE EN CONDICIÓN CLÍNICAS ESTABLES, NORMOCEFALO, OJOS SIMÉTRICOS, OROFARINGE NO CONGESTIVA, TORAX SIMÉTRICO MV RUDO SIN AGREGADOS, RSCRS S/S ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR, A LA PALPACIÓN, NOS ISGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EXTREMIDADES: HIPOTRÓFICAS, NEUROLÓGICO: NO SOSTEN CEFÁLICOES, ESPASTICIDAD Y RIGIDEZ DE MIEMBROS INFERIORES

### ENTORNO PSICOSOCIAL

PACIENTE QUE VIVE EN COMPAÑÍA DE SU NÚCLEO FAMILIAR, QUIENES SON LOS ENCARGADOS DE SUPLIR LAS NECESIDADES Y BRINDAR LOS CUIDADOS BÁSICOS QUE REQUIERE EL PACIENTE, APOYANDO EN EL DÍA A DÍA AL USUARIO(A) EN PRO DE UN MANTENIMIENTO DE SU CALIDAD DE VIDA, SIEMPRE VELANDO POR SU BIENESTAR E HIGIENE.

### ANTECEDENTES

#### GENERALES

NO REFIERE

#### PATOLÓGICOS

SECUELAS ENCEFALOPATIA HIPOXICO ESQUEMICA CON EPILEPSIA REFRATARIA MICROCEFALIA PARALISIS CEBRAL EPILECTICA

#### FARMACOLÓGICOS

NO REFIERE

#### TOXICOLÓGICOS



## Historia Clínica N. 00228959 MEDICINA GENERAL

Documento: CC 1092021450  
Edad: 4 Año(s)  
Sexo: F  
Teléfono: 3115751268  
Fecha de consulta: 24/02/2024 20:50  
Fecha de impresión: 06/03/2024

Nombre: NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE  
Fecha de Nacimiento: 28/08/2019  
EPS: NUEVA EPS S.A. REGIMEN CONTRIBUTIVO  
Tipo de usuario: SUBSIDIADO  
Dirección: CL CALLE 19 N # 15 - 80  
Ciudad: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

NO REFIERE

**ALÉRGICOS**

NO REFIERE

**TRAUMÁTICOS**

NO REFIERE

**QUIRÚRGICOS**

NO REFIERE

**HOSPITALARIOS**

NO REFIERE

**E.T.S.**

NO REFIERE

**VACUNAS**

NO REFIERE

**OCUPACIONALES**

NO REFIERE

**GINECOLÓGICOS**

NO REFIERE

**PADRE**

NO REFIERE

**MADRE**

NO REFIERE

**HERMANOS**

NO REFIERE

**OTROS**

NO REFIERE

**REVISIÓN SISTEMAS**

**CABEZA Y CUELLO**

NO REFIERE

**EXTREMIDADES SUPERIORES**

NO REFIERE

**TORAX**

NO REFIERE

**ABDOMEN Y PELVIS**

NO REFIERE

**EXTREMIDADES INFERIORES**

NO REFIERE

**TEGUMENTARIO**

NO REFIERE

**ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS**

NO REFIERE

**NEUROLÓGICO**

NO REFIERE

**CIRCULATORIO**

NO REFIERE

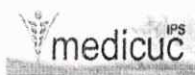
**RESPIRATORIO**

NO REFIERE

**GASTROINTESTINAL**

NO REFIERE





## Historia Clínica N. 00228959 MEDICINA GENERAL

Documento: CC 1092021450

Edad: 4 Año(s)

Sexo: F

Teléfono: 3115751268

Fecha de consulta: 24/02/2024 20:50

Fecha de impresión: 06/03/2024

Nombre: NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE

Fecha de Nacimiento: 28/08/2019

EPS: NUEVA EPS S.A. REGIMEN CONTRIBUTIVO

Tipo de usuario: SUBSIDIADO

Dirección: CL CALLE 19 N # 15 - 80

Ciudad: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

### GENITOURINARIO

NO REFIERE

### OSTEOMUSCULAR

NO REFIERE

### ENDOCRINO

NO REFIERE

### OTROS

SIN NOVEDAD

### EXAMEN FÍSICO

Talla	60 cm	Peso	8 Kg	IMC	22.2: Normal
Frecuencia respiratoria	20 x min	Frecuencia cardíaca	82 x min	Tensión arterial	126/84 mmHg
Temperatura	37 °C	Perimetro abdominal	35 cm		

### EXAMEN FÍSICO

NORMOCEFALO, OJOS SIMETRICOS OROFARINGE NO CONGESTIVA, TORAX SIMETRICO MV RUDO SIN AGREGADOS, RSCSRs S/S  
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR, A LA PALPACION, NOS SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES:  
HIPOTROFICAS NEUROLOGICO: NO SOSTEN CEFALICO ESPASTICIDAD Y RIGIDEZ DE MIEMBROS INFERIORES

#### ESCALA DE BARTHEL

1. COMER	0/10	2. LAVARSE	0/5	3. VESTIRSE	0/10	4. ARREGLARSE	0/5
5. DEPOSICIONES	0/10	6. MICCION	0/10	7. USAR EL RETRETE	0/10	8. TRASLADARSE	0/15
9. DEAMBULAR	0/15	10. ESCALONES	0/10				

0/100 Dependencia Total

Convenciones: Menor o igual a 20 dependencia total || 25-45 dependencia severa || 50-60 dependencia moderada || Mayor a 60 dependencia leve

#### ESCALA DE ACTIVIDAD DE KARNOFSKY

INVALIDO INCAPACITADO, NECESITA CUIDADOS Y ATENCIONES  
ESPECIALES, ENCAMADO MAS DEL 0% DEL DÍA: 40

#### ESCALA DE EVALUACIÓN PARA LA CAPACIDAD DE MARCHA

Marcha nula o con ayuda física de 2 persona.: 0

### ANÁLISIS

### ANÁLISIS

SE VALORA PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANTES MENCIONADOS PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA FAMILIAR EN CONDICIONES CLINICA ESTABLES, CON CUADRO DE TOS INGRESA AL PAD SE DA MANEJO SINTOMATICO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE MANTIENE ORDENES DE ESPECIALISTA, SS ORDENA TERAPIAS FISICAS, TERAPIAS OCUPACIONALES, VALORACION POR FONODILOGIA PARA TETERMINAR MANEJO, SS VALORACION TRABAJO SOCIAL.

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA (CONFIRMADO REPETIDO)

### DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS

G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO (CONFIRMADO REPETIDO)

R32X - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA (CONFIRMADO REPETIDO)

R15X - INCONTINENCIA FECAL (CONFIRMADO REPETIDO)

J22X - INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (CONFIRMADO REPETIDO)

### PLAN

### PLAN DE MANEJO

SS VALORACION POR MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA MENSUAL

TIENE MIPRES ACTIVO DE PAÑALES 2024-02-09 PROXIMA SOLICITUD EN MAYO



## Historia Clínica N. 00228959 MEDICINA GENERAL

Documento: CC 1092021450

Edad: 4 Año(s)

Sexo: F

Teléfono: 3115751268

Fecha de consulta: 24/02/2024 20:50

Fecha de impresión: 06/03/2024

Nombre: NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE

Fecha de Nacimiento: 28/08/2019

EPS: NUEVA EPS S.A. REGIMEN CONTRIBUTIVO

Tipo de usuario: SUBSIDIADO

Dirección: CL CALLE 19 N # 15 - 80

Ciudad: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

### SS VALORACION POR TABAJAO SOCIAL

### SS VALORACION POR FOANOAUDIOLOGIA PARA DETERMINAR MANEJO

**SE SOLICITA TERAPIA FISICA** PARA CONTINUAR EL PROCESO DE RECUPERACION Y/O MANTENIMIENTO DE LAS CAPACIDADES FUNCIONALES DE LOS GRUPOS MUSCULARES COMPROMETIDOS, RECUPERAR ARCOS DE MOVIMIENTO, DISMINUIR O RETARDAR LA PRESENCIA DE RETRACCIONES ARTICULARES, PERDIDA DE MASA MUSCULAR, ATROFIA O PERDIDA FUNCIONAL DE MUSCULOS Y ARTICULACIONES AUN NO COMPROMETIDAS

**SE SOLICITA TERAPIA OCUPACIONAL** PARA LOGRAR LA ADAPTACION DE PACIENTE A SU ENTORNO FISICO Y PSICOSOCIAL ADEMAS DE LOGRAR UN MAYOR DESEMPEÑO EN SUS TAREAS DIARIAS COMO ALIMENTACION, HIGIENE, ESPARCIMIENTO, DISMINUYENDO SU BLOQUEO EMOCIONAL POR LA DISCAPACIDAD QUE PRESENTA

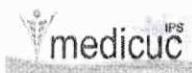
**RECOMENDACIONES:** SE DA RECOMENDACIONES SOBRE CUIDADOS DE LA PIEL, PREVENCION DE CAIDAS, SIGNOS DE INFECCION, PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION, \*ESTIMULACION DE EJERCICIOS QUE EL PACIENTE PUEDA REALIZAR SOLO O CON AYUDA, EN CADA UNA DE LAS ARTICULACIONES, HAY QUE TENER CUIDADO, UNA MOVILIZACION FUERTE Y BRUSCA PUEDE CAUSAR DAÑOS (FRACTURAS, LESIONES MUSCULARES, MORADOS, LESIONES EN LA PIEL, OTROS)

**CUIDADOS DE LA PIEL:** LUBRICACION DE PIEL, CAMBIO DE POSICION CADA 2 HORAS (ALIMENTACIÓN BALANCEADA, MANTENER UNA ADECUADA HIDRATACIÓN Y ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO) SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS (FIEBRE CONSTANTE, DOLOR ABDOMINAL FUERTE Y CONTINUO, VISION BORROSA, VOMITO ABUNDANTE, ARDOR PARA ORINAR, DOLOR EN EL PECHO, FALTA DE AIRE, SUDORACION EXCESIVA, PALIDEZ CUTANEA.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Duración	Cantidad Total	Indicaciones
N2277 - BROMURO DE IPRATROPIO 20MCG/ DOSIS - POR INHALACIÓN (Medicamentos POS)	1	8 HORAS	30 DIAS	90.00	REALIZAR 2 PUFF CADA 8 HORAS
15420 - LEVETIRACETAM 100 MG / ML FRASCO POR 120 ML - VÍA ORAL (Medicamentos POS)	1	12 HORAS	30 DIAS	60.00	DAR 3,5 CC CADA 12 HORAS
293 - CARBAMAZEPINA 100 MG/5 ML SUSPENSIÓN 1 - VÍA ORAL (Medicamentos POS)	1	12 HORAS	30 DIAS	60.00	DAR 3,5 CC CADA 12 HORAS
1200 - OXIDO DE ZINC NISTAINA 10000000 UI 20% CREMA TUBO POR 60GRAMOS - USO CUTÁNEO (Medicamentos POS)	1	8 HORAS	30 DIAS	2.00	APLICAR CADA 8 HORAS EN LA ZONA AFECTADA

Decisión	Mes Inicio	Detalles	Observaciones
890101 - ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	Marzo 2024	Frecuencia: 1 DÍA Actividades: .	CONTROL MENSUAL
890111 - ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	Marzo 2024	Frecuencia: 20 DÍAS Actividades: ..	SE SOLICITA TERAPIA FISICA PARA CONTINUAR EL PROCESO DE RECUPERACION Y/O MANTENIMIENTO DE LAS CAPACIDADES FUNCIONALES DE LOS GRUPOS MUSCULARES COMPROMETIDOS, RECUPERAR ARCOS DE MOVIMIENTO, DISMINUIR O RETARDAR LA PRESENCIA DE RETRACCIONES





## Historia Clínica N. 00228959 MEDICINA GENERAL

Documento: CC 1092021450

Edad: 4 Año(s)

Sexo: F

Teléfono: 3115751268

Fecha de consulta: 24/02/2024 20:50

Fecha de impresión: 06/03/2024

Nombre: NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE

Fecha de Nacimiento: 28/08/2019

EPS: NUEVA EPS S.A. REGIMEN CONTRIBUTIVO

Tipo de usuario: SUBSIDIADO

Dirección: CL CALLE 19 N # 15 - 80

Ciudad: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Decisión	Mes Inicio	Detalles	Observaciones
			ARTICULARES, PERDIDA DE MASA MUSCULAR, ATROFIA O PERDIDA FUNCIONAL DE MUSCULOS Y ARTICULACIONES AUN NO COMPROMETIDAS
890113 - ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL	Marzo 2024	Frecuencia: 12 DÍAS Actividades: ..	SE SOLICITA TERAPIA OCUPACIONAL PARA LOGRAR LA ADAPTACION DE PACIENTE A SU ENTORNO FISICO Y PSICOSOCIAL ADEMAS DE LOGRAR UN MAYOR DESEMPEÑO EN SUS TAREAS DIARIAS COMO ALIMENTACION, HIGIENE, ESPARCIMIENTO, DISMINUYENDO SU BLOQUEO EMOCIONAL POR LA DISCAPACIDAD QUE PRESENTA SU LIMITACION FISICA O PSIQUICA Y HACIENDO QUE BALORE SU POTENCIAL QUE AUN CONSERVA Y PUEDE MEJORAR
890110 - ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	Marzo 2024	Frecuencia: 1 DÍA Actividades: .	SS SOLICITA VALORACION POR FONAUDIOLOGIA PARA DETERMINAR MANEJO
890109 - ATENCION (VISITA) DOMCILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL	Marzo 2024	Frecuencia: 1 DÍA Actividades: .	VALORACION POR INGRESO AL PAD

  
Dra. Saula Rojas  
MÉDICO GENERAL  
R.M. 37270265

SAULA YANETH ROJAS OVALLOS CC  
37270265  
NACIONAL - MEDICO





## 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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1092021450
NOMBRES	NAILA YUSLEI
APELLIDOS	BREIDENBACH ABACHE
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	01/02/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/30/2024 11:23:18	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**,

Registro válido

Fecha de consulta:

30/08/2024

Ficha:

54874360663300000168

**A3**

**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** NAILA YUSLEI

**Apellidos:** BREIDENBACH ABACHE

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1092021450

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:**

01/11/2022

**Última actualización ciudadano:**

09/06/2024

**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



3115751268

7426556336433241

CENS PREPAGO

ENCIA: 14382709344

RA: 4576607

TRATO: 1

SO: RESIDENCIAL

PIN: 33450164831344554457

NOM CLIENTE: LORENA PATRICIA DUARTE  
RES

DIRECCION: CLL 17 AN 15-80-A

BARRIO: 1436-ESPERANZA

MUNICIPIO: 54874-VILLA DEL ROSARIO

DEPARTAMENTO: 54-NORTE DE SANTANDE

NUM CLIENTE: 1067618

MEDIDOR: 14382709344

VALOR VENTA: \$36,000

VALOR PRECARGA: 0

KW/H: 47

TARIFA: 911

NUM CLIENTE



**MIGRACIÓN**  
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

BREIDENBACH ABACHE

YUSLEIDY KATERINE

**F**  
SEXO

NACIONALIDAD  
24624087

DNI No.  
10-08-1996

FECHA DE NACIMIENTO  
12-01-2000

19-04-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN  
22.02.2021

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



## VISIBLES

$\gamma w / \epsilon^0 \delta x$

FIRMA



INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

*Juan Francisco Espinosa Palacios*  
 Juan Francisco Espinosa Palacios  
 Director General de Migración Colombia

**MIGRACIÓN**  
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES  
[www.migracionr.colombia.gov.co](http://www.migracionr.colombia.gov.co)

```
IPC0L5772207<<2<<<<<<<<<<<<<<<<<  
9608100F3105308VENE2156092<<<5  
BREIDENBACH<ABACHE<<YUSLEIDY<K
```