

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: 6365

Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2460

Observaciones

DX: G824-G800-Z993-RECURSOS PROPIOS

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1354472



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-2001
RAGONVALIA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.35 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-JUL-2019 VILLA DEL ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO



P-2510000-01099708-M-1090227009-20190928 0067902512A 1 53433816

Fecha Actual: viernes, 16 mayo 2025

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



Nº Historia Clínica: 1090227009

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JHON FREDDY BERMUDEZ MORENO Identificación: CédulaCiudadania 1090227009 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento: 28/junio/2001 Edad Actual: 23 Años / 10 Meses / 17 Días Raza: MESTIZO ID de Genero: Masculino Estado Civil: Soltero
Dirección: MANZANA AA-05 MORICHAL Teléfono: 3176924044
Barrio: OTRO Procedencia: VILLA DEL ROSARIO
Ocupación: Correo Electronico: DM710160@GMAIL.COM

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 8

(Fecha: 16/05/2025 06:32 p. m.)

Acompañante: Parentesco: Teléfono Acomp:
Número: 2221761 Fecha: 16/05/2025 4:28:04 p. m.
Dirección Resp:

DATOS DE LA ATENCIÓN

Motivo de la Consulta: PROGRMADO PARA TOXINA
EnfermedadActual: CUADIRIPLEJIA ESPASTICA

Riesgo OM:

ESCALA DEL DOLOR: 3

1/2

Usuario: 88250572

Nombre reporte : HCPHistobase

LICENCIADO A: [SALUD SOCIAL S.A.S.] NIT [802023344-7]

Fecha Actual : viernes, 16 mayo 2025

RESTITUCIÓN DEL VIAL 2CC SOLUCIÓN SALINA

100U EN 2CC = 50U EN 1CC

JERINGA DE INSULINA= 1ML/50DILUCIONES

SE LOCALIZAR LOS MÚSCULOS IMPLICADOS, SE REALIZA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE APLICA:
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SE INYECTA INTRAMUSCULAR TOXINA BOTULÍNICA EN BÍCEPS, PRONADOR, FLEXORES DEDOS
MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SE INYECTA INTRAMUSCULAR TOXINA BOTULÍNICA EN BÍCEPS, PRONADOR, FLEXORES DEDOS
MIEMBRO INFERIOR DERECHO SE INYECTA INTRAMUSCULAR TOXINA BOTULÍNICA EN BÍCEPS FEMORAL ADUCTORES, RECTO FEMORAL Y TIBIAL
POSTERIOR
MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO SE INYECTA INTRAMUSCULAR TOXINA BOTULÍNICA EN BÍCEPS FEMORAL ADUCTORES, RECTO FEMORAL Y
TIBIAL POSTERIOR

PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

PACIENTE SALE ESTABLE

CONTROL ESPECIALIZADO FISIATRIA

Continuar programa rehabilitador

RECOMENDACIONES GENERALES

AUTOCUIDADO

MANTENER BUENA HIGIENE POSTURAL

MANTENER BUENOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES: ALIMENTACIÓN, EJERCICIO (MANTENER UN PESO IDEAL IMC ENTRE 18 Y 25, PARA
FAVORECER EL ADECUADO ESTADO FUNCIONAL DE SALUD.)

PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DE 4 EXTREMIDADES

SE EXPLICA IMPRESIONES DIAGNOSTICAS, HISTORIA NATURAL DE PATOLOGIAS SUS RIESGOS, PRONOSTICOS, RESTRICCIONES Y PLAN
TERAPEUTICO A SEGUIR, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA, LA CUAL EL PACIENTE REFIERE ENTENDER
CLARAMENTE Y ACEPTAR

DIAGNÓSTICOS		Nombre	Diagnóstico
Impresión_Diagnóstica	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRÍPLEJICA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Impresión_Diagnóstica	Z993	DEPENDENCIA DE SILLA DE RUEDAS	<input type="checkbox"/> Principal

Causa Externa: Enfermedad_general

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO

Finalidad Consulta: Rehabilitación



SUAREZ FERNANDEZ EDWIN

FISIATRIA
88250572

o 88250572

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [SALUD SOCIAL S.A.S.] NIT [802023344-7]



Fecha de Impreso : viernes, 16 mayo 2025

SALUD SOCIAL S.A.S.
Nit 802023344-7

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

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

000001481153

Nº Historia Clínica: 1090227009

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JIJON FREDDY BERMUDEZ MORENO
Fecha Nacimiento: 28/junio/2001 Edad Actual: 23 Años / 10 Meses / 17 Días

Dirección: MANZANA AA-05 MORICHAL

Procedencia: VILLA DEL ROSARIO

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Plan Beneficios: COOSALUD EVENTO REGIMEN SUBSIDIADO CUCUTA

Nº Folio: 8 Folio Asociado:

Identificación: 1090227009 Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Teléfono: 3176924044

Ocupación:

Régimen: Regimen_Simplificado

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN

POBREZA EXTREMA)

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Dirección Resp: Finalidad Consulta: Rehabilitacion

Diagnóstico G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPLÉJICA

Teléfono Resp:

Nº Ingreso: 2221761 Fecha: 16/05/2025 6:30:25 p. m.

Causa Externa: Enfermedad_general

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX		ÁREA SERVICIO: 999	TEMPORAL ÁREA DE SERVICIO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	ESTADO	OBSERVACION
890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	1		Rutinario	
Observaciones:	4 MESES		Total Items:	1	

88250572 - SUAREZ FERNANDEZ EDWIN

FISIATRIA

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM

E.S.E. Hospital
*Jorge Cristo Sahium
Villa del Rosario*
SALUD CONCADEZ
CONSULTA MÉDICA
 Consulta Externa
FECHA : 07/05/2025
INGRESO : 1934835

BERMUDEZ MORENO JHON FREDDY	
CC - 1090227009	
Edad : 23A 10M 9D	Sexo : Masculino
Nacimiento : 28/06/2001	Teléfono : 3183001011
Dirección : CALLE 12 N 3 EL PARAMO	
Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO	

CAUSA EXTERNA: 38 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 44 - OTRA

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA CONCIENTE ORIENTADA

MOTIVO CONSULTA: VIENE POR PAÑALES

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS CONSULTA POR SUS PROPIOS MEDIOS. SOLICITANDO FORMULACION DE PAÑALES Y REFORMULACION DE MEDICAMENTOS. EN CONTEXTO DE PCTE CON ANT DE PARALISIS CEREBRAL, CON INCONTINENCIA DE ESFINTERES. POR LO QUE SE LE ORDENAN PAÑALES DESECHABLE TALLA M(DE CUALQUIER MARCA) : USAR 1 PAÑAL CADA 6 HORAS POR 90 DIAS. TOTAL: 360.

PARACLINICOS :

ANTECEDENTES :

QUIRÚRGICOS: NIEGA EL ABUELITO

TRANSFUSIONALES: NIEGA EL ABUELITO

TRAUMÁTICOS: NIEGA EL ABUELITO

HOSPITALIZACIONES: NIEGA EL ABUELITO

PATOLÓGICOS: RETRASO MENTAL Y PARALISIS CEREBRAL EN SILLA DE RUEDAS / ZIKA /INCONTINENCIA DE ESFINTERES

TOXICOLÓGICOS: NIEGA EL ABUELITO

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 CUALES? (Normal).

SIGLOS VITALES

Peso : 50 kg

Temperatura : 37 °C

Presión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Talla : 135 cm

Frecuencia Respiratoria : 17 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 78 mmHg

I.M.C. : 27.43 kg/m²

Frecuencia Cardiaca : 78 V x Min

SO2 : 0 %

EXÁMEN FÍSICO :

Tórax (Normal). SIMÉTRICO, SIN DEFORMIDADES. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO BILATERALMENTE, SIN RUIDOS AGREGADOS. EXPANSIÓN TORÁCICA ADECUADA.

Abdomen (Normal). BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN MASAS NI VISCIEROMEGLIAS, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES Y NORMALES

MÚSCULO ESQUELETICO (Normal). MASA MUSCULAR CONSERVADA, TONO Y FUERZA MUSCULAR ADECUADAS, SIN ATROFIAS NI HIPERTROFIAS.

Cardio Pulmonar (Normal). RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, NÓRMOFONÉTICOS, SIN SOPLOS, FROTE NI GALOPE. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN CREPITACIONES NI RONCUS. SATURACIÓN ADECUADA EN REPOSO.

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal).

GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal).

NEUROLOGÍA - ESFERA MENTAL (Normal).

PLAN DE MANEJO :

ORDEN MEDICA (Cantidad: 360) PAÑAL DESECHABLE TALLA M(DE CUALQUIER MARCA) : USAR 1 PAÑAL CADA 6 HORAS POR 90 DIAS. TOTAL: 360.

ORDEN MEDICA (Cantidad: 12) OXIDO DE ZINC + NISTATINA 20%/100000 UI, TUBO 60 GRAMOS. USO 4 TUBOS AL MES POR TRES MESES

FLUOXETINA 20 MG TABLETA O CAPSULA (Cantidad: 90) 1 UND CADA 24 HORAS POR 90 DIAS VÍA ORAL

BACLOFENO (LIORESAL) 10 MG TABLETA (Cantidad: 90) 1 UND CADA 24 HORAS POR 90 DIAS VÍA ORAL

DIAGNÓSTICO :

R32X - INCONTINENCIA URINARIA NO ESPECIFICADA - (Impresión Diagnóstica)

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM
**E.S.E. Hospital
Jorge Cristo Sahium
Villa del Rosario**
SALUD CON CALIDEZ

CONSULTA MÉDICA
Consulta Externa
FECHA : 07/05/2025
INGRESO : 1934835

BERMUDEZ MORENO JHON FREDDY

CC - 1090227009

Edad : 23A 10M 9D

Sexo : Masculino
Teléfono : 3183001011

Nacimiento : 28/06/2001

Dirección : CALLE 12 N 3 EL PARAMO

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO


CASTRO DAVILA MAURICIO
C.C. 12228836
MEDICINA GENERAL



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	1090227009
NOMBRES	JHON FREDDY
APELLIDOS	BERMUDEZ MORENO
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/16/2025 15:22:00	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



Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:

16/06/2025

Ficha:

54874351556600007863

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **JHON FREDDY**

Apellidos: **BERMUDEZ MORENO**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1090227009**

Municipio: **Villa del Rosario**

Departamento: **Norte de Santander**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **17/09/2021**

Última actualización ciudadano: **17/09/2021**

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:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

MEJORAMOS NUESTRA RED MÓVIL



ESTADO DE CUENTA

DANIEL MORENO LONDOÑO

Servicio Móvil - No. Línea: 3176924044
OT MNZ A 2 CAS 05 MORICHAL- VILLA DEL ROSARIO
VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER
Nit o CC.: 1245278778



Saldo mes anterior	\$ 0
Total Factura Mes Anterior	\$ 27,555
Pagos Realizados	- \$ 27,555
Servicio mes actual	\$ 30,555
Servicios Mes Actual IVA Incluido	\$ 30,555
Total a pagar servicio	\$ 30,555

Total a Pagar

\$ 30,555

Fecha de vencimiento y pago: 14/Jun/2025

Fecha de suspensión: 15/Jun/2025

Referencia para pagos y para domiciliar tu pago:
60680117981

¿Qué Necesitas Saber?

En Movistar no enviamos mensajes ofreciendo porcentajes (%) de descuento para pago de tus deudas, tu factura mensual o de tu equipo con pago en cuotas. **No caigas en engaños.** Verifica siempre el estado de tu cuenta en nuestros canales oficiales.

¿Qué Necesitas Saber?

SIN ESPERAS, SIN LLAMADAS Y SIN FILAS!
Ahora puedes solicitar y pagar tu Factura Digital o hacer otros trámites de manera fácil y segura.

Para clientes individuales: Descarga la App Mi Movistar o escribe "Hola" al WhatsApp 315 233 3333

Para Empresas: Entra en www.movistar.co/empresas o escribe "Hola" al WhatsApp 3166066666

Evolución del consumo en miles de pesos



Histórico consumo minutos/segundos

Prom	9
Jun	1
May	10
Abr	5
Mar	0
Feb	7
Ene	28

Histórico consumo datos (Gb)

Prom	12.25
Jun	19.10
May	17.28
Abr	15.61
Mar	9.01
Feb	12.51
Ene	0.00

REHABILITACIÓN Y REINTRODUCCIÓN
NO VÍA AL CAPITÁN Y LOS OTROS
COLUMBIAS

Notificación previa a reporte a centrales de riesgo

Estimado cliente, recuerde que tiene hasta la fecha límite de pago oportuno para cancelar su factura y evitar la suspensión del servicio, intereses de mora, cobro de rehabilitación por cada una de sus líneas y reporte a centrales de riesgo como moroso. Si ya realizó el pago, haga caso omiso de este aviso.

Colombia Telecommunications S.A. ESP BIC NIT 830.122.566-1

Cliente DANIEL MORENO LONDOÑO



(415) 7707176960178(8020)0000060680117981(3900)00000000030555(96)20250614

Número para Pagos

60680117981

\$



Total a pagar

