

MANUEL JOSE MARIÑO MARIÑO**Entidad que generó el código de autorización**

MU 54874 DTS MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO

Código de Autorización

947008

Tipo y número de documento con los que se generó la autorización

CC 1004805038

Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio Villa del Rosario (MU-54874) - Contrato Prest.

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

NI 900876584 IPS PROGRESANDO EN SALUD SAS

Tipo Valoración

Consultorio 2024 (2024-01-01 a 2024-12-31) id:1818

Observaciones

DIAGNOSTICOS: F317

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.805.038**

MARIÑO MARIÑO

APELLIDOS

MANUEL JOSE

NOMBRES

Manuel José Mariño

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-2000**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

ESTATURA

O+

G.S. RH

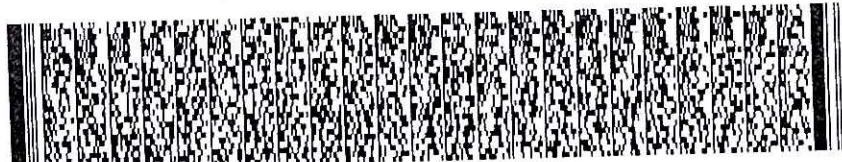
M

SEXO

28-NOV-2018 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

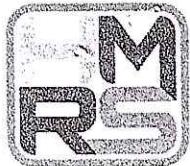
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHIA



P-2500100-01068287-M-1004805038-20190318

0064954230A 1

52159830



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro.Historia	Nombre Paciente	Nro.Identific.	Edad	Sexo	Página
1004805038	MANUEL JOSE MARIÑO MARIÑO	CC1004805038	24 A	M	1
Dirección del Paciente	VILLA DEL ROSARIO,, AV PRINCIPAL CASA 8 SANTA MONICA				
Empresa	COOSALUD EPS-S SA	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
		23/05/2024	08:48	23/05/2024	08:53

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL DE TIPO AFECTIVO QUIEN ASISTE A CITA DE CONTROL FARMACOLOGICO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE SE SIENTE BIEN, DUERME Y COME BIEN, ESTA TRANQUILO. ESTA MODULADO CONDUCTUALMENTE.

DESARROLLO PSICOEVOLUTIVO:

Alteraciones en el sueño, Embarazo: Parto:..

ESTRESORES PSICOSOCIALES RECIENTES:

Ninguno.

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Familiar:

ABUELA MATERNA DIABETES

Varios:

convulsiones en la infancia por fiebre , sin tratamiento ,

Psiquiatrico:

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLEAR

Varios:

FARMACOLOGICO: OLANZAPINA 5 MG NOCHE

HISTORIA FAMILIAR

Familiar: Madre

Tipo de Relación:Buena, Diagnóstico

Psiquiatrico:, Intento de suicidio?:NO,

Consumo alcohol?:NO, Consumo drogas

ilegales?:NO, Edad:44, Vive?:SI,

Personalidad:..

REVISIÓN POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.

Endocrino, metabólico y nutricional: NO REFIERE.

Respiratorio: NO REFIERE.

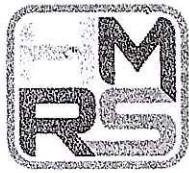
Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800

PSIQUETRIA

Firma y Sello del Médico:

Vladimir Gomez
PSIQUETRIA - U. ROBARIO
C.C. 88208800 R.J. 51682



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESIDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Teléfonos : TEL 5823992 EXT. 132

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo	Página
1004805038	MANUEL JOSE MARIÑO MARIÑO	CC1004805038	24 A	M	2
Dirección del Paciente	VILLA DEL ROSARIO,, AV PRINCIPAL CASA 8 SANTA MONICA				
Empresa	FECHA INGRESO	HORA INGRESO	FECHA EGRESO	HORA EGRESO	
COOSALUD EPS-S SA	23/05/2024	08:48	23/05/2024	08:53	

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

EXAMEN FÍSICO

NORMAL, NO DÉFICIT APARENTE DE PARES CRANEALES
Columna: NO PUNTOS DOLOROSOS, NO DEFORMACIONES
Piel y Mucosas: NO LESIONES, NO PETEQUIAS

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Estado de conciencia:

ALERTA

Nivel de orientación:

ORIENTADO EN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO

Actitud:

COLABORACIÓN E INTERES

Afecto:

AFFECTO MODULADO

Pensamiento:

SIN ALTERACIONES EN EL CURSO NI EN EL CONTENIDO

Sensopercepción:

SIN ALTERACIONES

Juicio de realidad:

SIN ALTERACIÓN

Introspección:

ADECUADA

Funciones mentales superiores

(cognitivas):

SIN ALTERACIÓN

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

F31.7 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISIÓN

PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :23/05/2024 Medico :VLADIMIR JACOB

PRUEBAS ORDENADAS

GOMEZ CARRILLO Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad :1

Observaciones :

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :23/05/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :ACIDO VALPROICO 250MG/5ML JARABE Cantidad :9 Dosificación :tomar vo 5 cc con las 3 comidas

Fecha :23/05/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :OLANZAPINA TABLETA 10 MG Cantidad :90 Dosificación :tomar vo 1 tb a las 8 pm

Fecha :23/05/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :LEVOMEPPROMAZINA 4MG/ML SOLUCION ORAL Cantidad :3

Dosificación :tomar vo 10 gotas a las 9 pm

Observaciones :

para 3 meses

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

Formulación :

OLANZAPINA TABLETA 10 MG Cantidad : 90 Dosificación : una en la noche ACIDO VALPROICO 250MG/5ML JARABE Cantidad : 9 Dosificación : 5cc con cada comida

LEVOMEPPROMAZINA GOTAS VO 0-0-10

Observaciones :

tratamiento para 3 meses

MEDICO TRATANTE

Vladimir Gómez
PSIQUIATRA - U. ROBARIO
CC. 88.261.800 R.M. 51642

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C. 88208800
PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:

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	1004805038
NOMBRES	MANUEL JOSE
APELLIDOS	MARIÑO MARIÑO
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	22/04/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 08/12/2024 09:30:16 | 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

REPORTE NUEVA SOLICITUD EN TRAMITE



Fecha Creación 12/08/2024 11:19:01 a.

Creado Por MAIRA ALEJANDRA ANAYA ACEVEDO

NORTE DE SANTANDER	54	No. solicitud
VILLA DEL ROSARIO	54874	548743671376700000767

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer nombre MARLENY	Segundo nombre	Primer apellido MARIÑO	Segundo apellido	Sexo FEMENINO
Extranjero NO	Tipo de documento CÉDULA DE CIUDADANÍA	Documento 28054008	Fecha de nacimiento 12/05/1972	Fecha de expedición doc. 18/02/1991
País COLOMBIA	Departamento SANTANDER	Municipio CAPITANEJO	Correo electrónico N-	
Dirección CRA 6 N 2-4 APTO 201 BRR FATIMA			Teléfono 3245823132	

DETALLE DE LA SOLICITUD

¿El solicitante puede aportar información para la solicitud? SI ¿El sistema genera alerta de actualización por cambio de edad? NO

¿Qué información de la encuesta desea modificar? Identificación Datos de vivienda Datos de hogar Datos de personas

Primer nombre

PERSONAS DEL HOGAR SOLICITANTE

Orden	1º Nombre	2º Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Documento	Retiro	Inclusión	Mod.
1	MARLENY		MARIÑO		C.C. 28054008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	MANUEL	JOSE	MARIÑO	MARIÑO	C.C. 1004805038	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

El DNP actuará como responsable del tratamiento de datos personales, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la entidad. La información registrada en el Sisbén y los datos personales serán utilizados para orientar las políticas sociales del Gobierno.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verdadera y se brinda de forma voluntaria, y autorizo a que sea verificada con otras fuentes de información, y que se actualice de forma automática a través del cruce con registros administrativos u otras fuentes que el DNP defina. Cualquier presunta falsedad identificada a través de cruces con bases de datos generará la exclusión del Sisbén, independientemente de las acciones legales a que haya lugar.

Autorizo que el resultado de la presente solicitud o en su defecto las observaciones que se formulen sean notificadas a la dirección de correo electrónico señaladas en la sección "Informante calificado del hogar".

¿ESTÁ DE ACUERDO?

Sí

No

Huella índice derecho

Firma del Solicitante

Observaciones

NUEVA ENCUESTA POR VERIFICACIÓN

El futuro
es de todosDNP
Departamento
Nacional de Planeación

