

documento con los que se generó la autorización

WILSON BAUTISTA MARTINEZ

CC 12.457.178 San Alberto

56 años

Masculino

Calle 35 #13-110 Galán

310 575 7360 - 313 444 1451

blancaedilsagutierrezjaimes@gmail.com

Blanca Edilza Gutierrez Jaimes

301 709 7712

Esposa.

Cop160: 859678

DX: S220

6821

R268

C349

G321

C719

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.457.178

BAUTISTA MARTINEZ

APELLIDOS

WILSON

NOMBRES

Wilson Bautista Martinez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1968

SAN ALBERTO
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G S RH

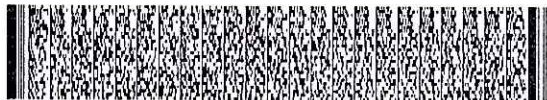
M

SEXO

14-ABR-1987 SAN ALBERTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2500100-00285372-M-0012457178-20110324

0026239779A 1

36158293

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Bautista	Narvarez	Willan.	12457198
Edad: 55	Estado Civil: Casada	Escolaridad: —	Género: F M
Dirección: Cll 25 N-12-110 B. Galan UPRIO			Teléfono: 38/4441451

FECHA: AÑO: 2023 MES: 05 DIA: 23

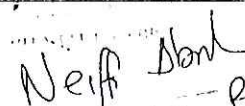
DIAGNÓSTICO: Fractura Vertebra toraxica (S220)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Anormalidades Marcha Movilidad (R268)
Paraplejia Espastica (J321)

Paciente quien hace aprox 2 años sufrió Trauma en columna ocasionando fractura con daño permanente (paraplejia) sin control Esfuerzos.
A la Valoración presenta hipostesia, deformidad y Atrofia miembros inferiores.
Desplazamiento silla ruedas.
No realiza Actualmente posturas desarrollo mobs
Dependiente de todos los Act Uda Diana
Requiere acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: Discapacidad multiple SEVERA (Motor: Sensorial)

 MEDICO

 FISIOTERAPEUTA

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



FISIATRIA
HISTORIA CLINICA GENERAL

N° Historia Clínica:	12457178
Nombre Paciente:	WILSON BAUTISTA MARTINEZ
Fecha Nacimiento:	04/03/1968
Edad Actual:	56 Años / 3 Meses / 21 Dias
ID de Genero:	Masculino
Raza:	MESTIZO
Estado Civil:	Soltero
Dirección:	Calle 35 #13-110 barrio galan
Barrio:	GALAN
Ocupación:	
Identificación:	Cédula Ciudadanía 12457178
Sexo:	Masculino
Teléfono:	3134441451
Procedencia:	CUCUTA
Correo Electronico:	noreponder@previsalud.com.co
Regimen:	Regimen Simplificado
Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACION EN POBREZA EXTREMA)
Tipo:	Subsidiado
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Plan Beneficios:	COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO SUBSIDIADO
Tipo de contrato:	Factura_Global
FOLIO N° 11	
Fecha:	24/06/2024 07:57 a. m.
Teléfono Acomp:	
N° Ingreso:	1482524
Fecha:	24/06/2024 6:54:38 a. m.

DATOS DEL INGRESO
Acompañante:
Dirección Resp:

Motivo de la Consulta
paraplejia spastica
Enfermedad Actual

ingresa acompañado edilia guillerrez esposa
paciente con antecedente de fractura de cuerpo vertebral con lesión medular que ocasiona paraplejia señala familiar que le paciente le evidenciaron nuevo tumor a nivel cerebral con pérdida progresiva de la fuerza mayor encamamiento realiza solicitud de silla de ruedas , silla de baño , ademas paciente bajo tratamiento con quimioterapia y radioterapia estas últimas el paciente no desea continuar con las mismas cuenta con servicio de medico general domiciliario , terapia domiciliarias , se le aplicó toxina botulinica antes de febrero para control de espasticidad mm con lce corteza parietal izquierda

cita anterior
paciente con secuela de de fractura de cuerpo vertebral t6 y t8 con lesión medular paraplejia espástica paciente refiere acudir a terapia centro de rehabilitación

Sistema neurológico	No refiere
Sistema olórrino	No refiere
Sistema respiratorio	No refiere

Sistema cardiovascular No refiere
Sistema gastrointestinal No refiere
Sistema genitourinario No refiere
Sistema osteomuscular No refiere
Sistema endocrino No refiere
Sistema linfático No refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras) No refiere

EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES

TAS: 100 ITAD; 70 TAM: 80 NORMAL FC: 80 FR 20 TEMP. 36.00 SO2 99
Peso (Kg) 1.0 Talla (Cms) 1 I.M.C. OBESIDAD III
Escala del Dolor 2 Riesgo OM:

EXAMEN FISICO

Estado general: Ingresa en camilla
Cabeza, cara, cuello:
Torax
Abdomen:
Extremidades superiores: orientado en sus las esferas sigue órdenes y responde interrogatorios
Extremidades inferiores: movilidad articular completos miembros superiores
Región lumbosacra: miembros inferiores paraplejia espástica espasticidad grado IIIIV Im 0/5
Genitourinario:
Sistema nervioso central:

Piel y faneras:

ESCALA DE BARTHEL

Comer: Totalmente independiente
Lavarse: Dependiente
Vestirse: Dependiente
Arreglarse: Dependiente
Deposiciones: Incontinencia
Micción: Incontinencia
Usar el Retrete: Dependiente
Trasladarse: Dependiente
Deambular: Independiente en silla de ruedas sin ayuda
Escalones: Dependiente
TOTAL BARTHEL 15

ANALISIS Y TRATAMIENTO
G821 PARAPLEJIA ESPASTICA Presuntivo
C349 TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA Presuntivo
C719 TUMOR MALIGNO DEL ENCEFALO, PARTE NO ESPECIFICADA

escala d e Barthel 15/90 total dependencia
paciente con lesión medular y ca de pulmón primario con metástasis múltiples a cerebro y óseo familiar realiza requerimiento de silla de ruedas y silla de baño por lo que se decide realizar orden de junta medica por 3 fisiatras para evaluar estos requerimiento además se le aplica toxina botulinica mes de febrero amerita nueva aplicación manejo con baclofeno tabletas manejo de espasticidad y manejo del dolor lene pendiente valoración por cuidados paliativos y dolor

EXAMENES FISICOS SIGNOS VITALES

ANTECEDENTES

OBSERVACIONES	
TIPO	FECHA
Quirúrgicos	24/01/2023 10:07:45 a. m.
Médicos	15/02/2023 8:54:58 a. m.
ANTECEDENTES-NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS RELEVANTES TOXICOS. EXTRAQUISTA CON IPA-S-EXPOSICIÓN A POLVILLO DE CARBON DURANTE 15 AÑOS. EXPOSICIÓN A LENA DURANTE 15 AÑOS ALERGIAS-NIEGA QUIRURGICOS-ARTRODESIS DE T5-T8-A - FAMILIARES-NIEGA	
Quirúrgicos	21/11/2023 4:59:55 p. m.
Médicos	24/06/2024 7:57:20 a. m.
traum raquimedular	
parapleja lesion medular toracica lee cerebral	

Fumador	Medida Fumador	Exposición al humo	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

Código

861411

INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)

cantidad 2 genera y autorizar 2 ordenes mismo dia

Observación:

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

Código

890502

PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)

Observación:

3 fisiatras para evaluar requerimiento de ayudas técnicas

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

890364

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Observación:

cta control en 6 mese

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre


Nombre

Nombre

Fecha de resultado:
Descripción:
Interpretación:

DIAGNOSTICOS		Nombre		Diagnostico	
Tipo diagnostico	Código	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
Impresión_Diagnostica	G821	PARAPLEJIA ESPASTICA		<input checked="" type="checkbox"/> Principal	
Impresión_Diagnostica	C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA		<input type="checkbox"/> Principal	
Impresión_Diagnostica	C719	TUMOR MALIGNO DEL ENCEFALO, PARTE NO ESPECIFICADA		<input type="checkbox"/> Principal	
Finalidad Consulta:	No Aplica	Causa Externa: Enfermedad General			
MEDICAMENTOS		Nombre		Cantidad	
CUM		Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
20081314-01	BACLOFENO 10 MG TABLETA	10 MG			300 TABLETA
Via de administración: Oral Duración: 150 Dias					
Indicación: tomar 2 tabletas en la noche por 5 meses					
20117561-02	TOXINA BOTULINICA TIPO A 200 UI POLVO PARA RECONSTIT INYECTABLE	200 UI			2 AMPOLLA
Via de administración: Intramuscular Duración: 1 Dias					
Indicación: uso 400 ui en total a repartir en extremidades inferiores					
19908960-11	ACETAMINOFEN 500 MG + CAFEINA 65 MG TABLETA	500 MG + 65 MG			150 TABLETA
Via de administración: Oral Duración: 150 Dias					
Indicación: tomar 1 cada dia por dolor suspender al no sentir dolor					
19925329-04	TRAMADOL 37.5 MG + ACETAMINOFEN 325 MG TABLETA	37.5 MG + 325 MG			150 TABLETA
Via de administración: Oral Duración: 150 Dias					
Indicación: tomar 1 cada dia por 5 meses por dolor suspender al no sentir dolor					
Indicación: acudir medico genera para reformulación según criterio medico y en caso de no mejoría o agudización de la clínica nueva interconsulta por medicina física y rehabilitación					
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS		Nombre			
Código		Nombre			

Observación:


Dr. Pedro Antonio Pérez L.
Especialista en Fisiatria y Rehabilitación
Servicio de Fisiatria y Rehabilitación
Hospital General de la Universidad de Chile

PEREZ LUBO PEDRO ANTONIO
FISIATRIA
72256597 o 72258597



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	12457178
NOMBRES	WILSON
APELLIDOS	BAUTISTA MARTINEZ
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	09/05/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/02/2024 17:46:48	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:

02/08/2024

Ficha:

54874870555600002386

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: WILSON

Apellidos: BAUTISTA MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 12457178

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

10/07/2023

Última actualización ciudadano:

10/07/2023

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



Grupo epm

Tu información

Nombre: Blanca Edilza Gutierrez Jaimes
Dirección: Cll 35 13 - 110
Barrio: Vda Antonio Galan
Ciudad: Villa Del Rosario
Clase de Servicio: Residencial
Estrato 1
Ruta: 105 01512101749
Tarifa: Genérica

Tu número de cliente: 583003

Documento equivalente a factura N° - 1074753785

Fecha de emisión: Junio 13/2024

Tu último pago fué:

22/MAY/2024

Pagaste:

\$46,280



¡Felicitaciones estas al día en tu pago!

¡Escanear y pagar!

Periodo facturado 09/MAY/2024 a 07/JUN/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

26/JUN/2024

Pago con recargo hasta:

03/JUL/2024

**Días
Facturados**

30

Servicios Facturados



Energía

\$19,819



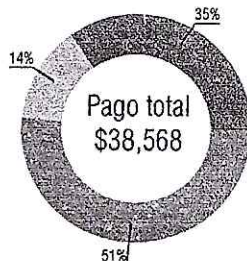
Aseo

\$13,396



Alumbrado Público

\$5,353



¡Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales



Descarga la app CENS www.cens.com.co

Con este número puedes
hacer trámites y pagos

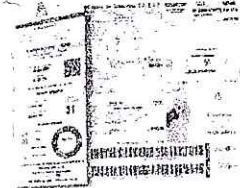
Reporta daños y emergencias
marcando gratis

ro da
cliente:

583003

018000 414 115 ó al 115

Portal de Autogestión



Gestiona tu cuenta de energía en el
Portal de Autogestión

Regístrate en www.cens.com.co /
Servicios en línea

Servicios Facturados



\$19,819



\$13,396



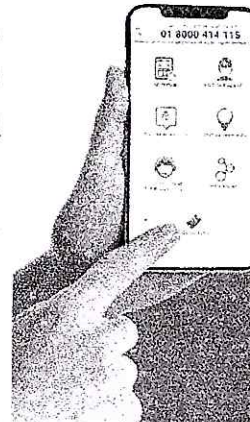
\$5,353

Por tus servicios pagas

\$38,568



Grupo epm



Solicita tu turno
de atención a
través de la App
de CENS

Descárgala en:



1771-1/2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.622.777

GUTIERREZ JAIMES
APELLIDOS

BLANCA EDILZA
NOMBRES

Blanca Edilza Gutierrez Jaimes
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1973

MACARAVITA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

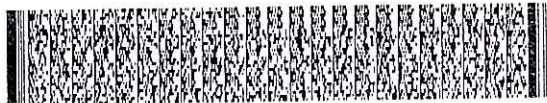
1.70
ESTATURA

O-
G S RH

F
SEXO

21-AGO-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2510000-00160756-F-0052622777-20090701

0012961254A 2

75900002627