

**AUTORIZACION PARA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD EN
PERSONAS RESIDENTES EN NORTE DE SANTANDER, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DE LA
RESOLUCION DEL M.S.P.S. No 1197 DE 2024**

DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	30 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	30 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	DILAN MATTEO CAMACHO TOLOZA
Tipo de Documento Identidad	R.C. (<input checked="" type="checkbox"/>) T.I. (<input type="checkbox"/>) C.C. (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>)
Número de Documento de Identidad	1.092.028.878
Edad	2 años
Género	Masculino
Dirección	Calle 12N #12-46 Barrio Veinte de Julio
Teléfono fijo	3152181066
No. de Celular (2 números si es posible)	
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Elitoloza33@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (<input checked="" type="checkbox"/>) No Aplica: (<input type="checkbox"/>)
Nombre Completo del Representante	ELI TOLOZA GALVIZ
Parentesco de la PCD	Abuelo
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	88.194.418 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3017636417

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	760140
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G710
Fuente de Recursos de la autorización	<input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023 <input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios <input type="checkbox"/> Empresa Privada <input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional <input type="checkbox"/> Sistema General de Regalías
Carta de manifestación del pago directo a la IPS del procedimiento de la valoración por parte de la Empresa Privada y datos de contacto del solicitante que presentó a la personas. Cuando aplique.	Si <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584
Datos de contacto para la asignación de la cita de valoración por equipo multidisciplinario en la IPS (dirección, teléfono, municipio, correo electrónico)	IPS Progresando en Salud, Ubicada en el municipio de Cúcuta, Dirección: Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita Teléfono: 3188631534 Para Citas Email: aux.gestion.ipspresando@gmail.com
INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES	
Indicar si la persona requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea institucional o domiciliaria, de acuerdo con lo establecido por el médico tratante.	Consulta Institucional: <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Telemedicina: _____ Justificación si requiere consulta domiciliaria: _____ _____
Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación: a) Movilidad, b) Comunicación y acceso a la comunicación y c) Persona de apoyo.	Si Aplica: _____ No Aplica: _____ Movilidad: _____ Comunicación: _____ Persona de apoyo: <input checked="" type="checkbox"/> Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor Esther Flórez Ramos
Cédula del funcionario	C.C. No. 60.412.223 de Villa del Rosario
Cargo del funcionario que emite la autorización	Técnico Administrativo Secretaría de Salud
Firma del funcionario que emite la autorización	

RC 1092028878 DYLAN MATTEO CAMACHO TOLOZA

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

DIAGNOSTICOS: G710



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 760140

SALUD SOCIAL S.A.S.



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

NEUROLOGIA PEDIATRICA HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clínica: 1092028878

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DYLAN MATTEO CAMACHO TOLOZA Identificación: RegistroCivil 1092028878 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento: 11/agosto/2021 Edad Actual: 2 Años / 7 Meses / 25 Días ID de Genero: Masculino Raza: BLANCO Estado Civil: Soltero
Dirección: calle 12 crra 12-96 Teléfono: 3017636417
Barrio: SIN BARRIO Procedencia: SIN DIRECCION
Ocupación: Correo Electronico: noresponder@previsalud.com.co

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO FOLIO Nº 5 (Fecha: 06/04/2024 03:34 p. m.)

Acompañante: Parentesco: Teléfono Acomp:

Dirección Resp: Nº Ingreso: 1286812 Fecha: 6/04/2024 2:38:55 p. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

COBCURRE CON MADRE
EDAD 2 AÑOS 7 MESES

SOSPECHA DE DISTROFIA MUSCULAR.

EnfermedadActual

Paciente con ant de seguimiento por marcha instable con caídas frecuentes, sospecha de distrofia muscular, antecedente familiar no claro de glucogenosis, actualmente sin terapias integrales, asiste a valoracion aun no hace terapias

Exámenes diagnósticos
CPK 250
TGO 21
TGP 29
CPK TOTAL 262
ECG CARDIOGRAMA NORMAL
ECG ABDOMINAL NORMAL
TAC DE CRANEO SIMPLE NORMAL
VIDEOTELEMETRIA DE 6 HORAS 12/21: REPORTADA NORMAL
PEAT 11/21 : NORMAL
ENERO 2024 RODILLAS COMPARATIVAS: ISLA OSEA DE 4MM EN DIAFISIS DISTAL DEL FEMUR, HALLAZGO BENIGNO , ASINTOMATICO . CADERAS COMPARATIVAS NORMAL. PIES COMPARATIVO NORMAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

Nombre reporte: HCFPHistoBase

1/4

Usuario: 55229033

Sistema neurológico	No refiere
Sistema otorrino	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 FÍSICO - SIGNOS VITALES

TAS: 90	/TAD: 60	TAM: 70	NORMAL	FC: 70	FR 17	TEMP. 36.00	SO2 99
Peso (Kg) 12,0		Talla (Cms) 88		I.M.C.	BAJO PESO		
Escala del Dolor 0				Riesgo OM:			

EXAMEN FÍSICO

Estado general:

Cabeza, cara, cuello:

Torax

Abdomen:

Extremidades superiores:

Extremidades inferiores:

Región lumbosacra::

Genitourinario:

Sistema nervioso central: DESPIERTO CONECTADO LENGUAJE A PALABRAS SUELTA (REPITE) NO ARMA FRASES, PARES CRANEALES FIJA Y SIGUE CON LA MIRADA HIPNOTONIA ROT 1/4 MARCHA STEPAGGE BILATERAL

Piel y faneras:

ESCALA DE BARTHEL

Comer:

Lavarse:

Vestirse:

Arreglarse:

Deposiciones:

Micción:

Usar el Retrete:

Trasladarse:

Deambular:

Escalones:

TOTAL BARTHEL

0

ANALISIS Y TRATAMIENTO PACIENTE CON SOSPECHA DE ENF NEUROMUSCULAR CON DEBILIDAD PREDOMINIO DISTAL SOLICITO ESTUDIOS

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	31/01/2024 9:45:06 a. m.	1 EMB TERMINO CPN (+) VAGINAL LLANTO AL NACER PESO: 2,300GR TALLA 47CM CONVULSION 4 NACIDO ACIDO VALPROICO POR 1 MES ESTA EN SEGUIMIENTO CON NEUROPEDIATRA ALIMENTO: COMPLETA CAMINO: SE SENTO 7M SE PARO A LOS 2 AÑOS Y CAMINO 27 MESES VACUNAS: COMPLETAS POS
Familiares	31/01/2024 9:45:06 a. m.	HNO - ABUELA Y LA MADRE : CON DX GLUCOGENOSIS TIPO 9
Médicos	4/03/2024 3:56:04 p. m.	Antecedentes - Perinatales: producto de primer embarazo de padres no consanguíneos, embarazo controlado desde el cuarto mes. storch negativo, ecografías prenatales normales, parto vaginal eutóxico a término, peso al nacer 3000gr, talla no recuerda, adecuada adaptación neonatal, egresó sin complicaciones - Patológicos: referido en enfermedad actual- Hitos del desarrollo: soste cefálico 4 meses, sedación 6 meses, gateo no recuerda/marcha 22 meses, bisiablos 12 meses, no control de esfínteres- Hospitalarios: convulsiones a los 4 días acido valproico durante a mes- Farmacológicos: niega - Quirúrgicos: niega - Tóxico - Alérgicos: niega - Transfusionales: al parecer durante hospitalización - Familiares: madre sana, padre sano, hijo único. Abuelo materno en la adolescencia y adulz, tía materna epilepsia, bisabuelos maternos HTA, bisabuela paterna DM2. Bisabuela materna, tía abuela materna, Primo materno con glucogenosis tipo IX (afección hepática)

Fumador	Medida Fumador	Tiempo Fumador	Medida Exfumador	Tiempo Exfumador
Fumadores en Casa		Exposición al humo	Medida Exposición	Mascotas en casa
Sustancias			Medida Sustancias	Tiempo Sustancias

Planifica

FUP G P A C V E M

EXAMENES

Código	Nombre
930860	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)

Observación: DE 4 EXTREMIDADES

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Código	Nombre
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL

Observación: 12 SESIONES POR MES POR 4 MESES
ELONGACION**RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

890348 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA

Observación:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Nombre reportante: HCPHectorB356

3/4

Usuario: 55239033

Descripción:

Interpretación:

890375 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA

Observación: 4 MESES

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnóstico	
Impresion_Diagnostica	G710	DISTROFIA MUSCULAR	<input checked="" type="checkbox"/> Principal	
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa: Enfermedad_General		

MEDICAMENTOS

CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad

Vía de administración: Duración: Días

Indicación:

INDICACIONES MEDICAS

EN PLAN DE JUNTA MEDICA DE ENF NEUROMUSCULARES

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Código	Nombre

Observación:

SILVANA VERGEL R.
NEUROLOGIA PEDIATRICA
HOSPITAL CASERMAN - ECG
LIMA - PERUVERGEL ROSALES SILVANA
NEUROLOGIA PEDIATRICA
55239033 o 55239033



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	1092028878
NOMBRES	DYLAN MATTEO
APELLIDOS	CAMACHO TOLOZA
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	11/08/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/30/2024 15:31:35 | 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



Gobernación de Antioquia
Autoridad Gerencial del Programa Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta:

30/07/2024

Ficha:

54874356556700000787

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DYLAN MATTEO

Apellidos: CAMACHO TOLOZA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1092028878

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/05/2024

Última actualización ciudadano: 08/05/2024

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:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



Grupo epco

Centrales Eléctricas del Norte de Santander S.A. E.S.P.

NIT: 890500514-9. Somos Autorenedores a título de Renta: Resolución 547 del 25 de Enero de 2002. Grandes Contribuyentes: Resolución DIAN 0012220 del 26 de diciembre de 2022 / Agentes Retenedores IVA.

Servicio de energía

Componentes del costo unitario (\$/kWh)

Historico de consumo \$/kWh

Comercialización (Cv)		Pérdidas Reconocidas (PR)		Restricciones (R)		Tarifa Aplicada (\$/kWh)		FECHA PUBLICADA: 20/JUN/2024		Subsidio (%)	
Generación (G): 397,9428		Transmisión (T): 52,8374		Distribución (D): 282,1381		Costo Unitario \$/kWh: 974,7306		CONSUMO SUBSISTENCIA: 173 kWh		CONSUMO ACTIVA: 173 kWh	
BRE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN	
141		128		\$119,545		\$31,399		34		\$953	

