

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: R568 - R32X - R15X - G919 - M419



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1178806

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.005.028.145
PEREZ GALLO

APELLIDOS
GIELY DE DIOS

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



2:29 p. m. ✓



IMPORTE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-2002

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45

O+

F

ESTATURA

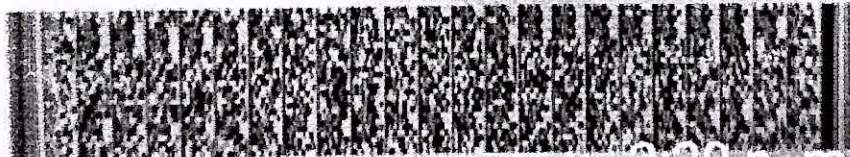
G.S. RH

SEXO

10-FEB-2021 VILLA DEL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2510000-01221803-F-1005028145-20210312

0073733

2:29 p. m. ✓

IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

HISTORIA CLÍNICA

Identificación: 1005028145

Paciente: GIELY DE DIOS PEREZ GALLO

Fecha de nacimiento: 28/10/2002

Edad: 21

Sexo: F

Tipo vinculación: SUBSIDIADO

Estado civil:

Ocupación:

Dirección: CRA 12 CON CL 15 # 15-68 BRR LA
PALMITA VILLA DE ROSARIO

Barrio: LA PALMITA

Zona: Urbana

Estrato:

Ciudad: VILLA DEL ROSARIO

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Teléfono: 3188450095 -

N. Afiliación: NO APLICA

E-mail:

Responsable:

Parentesco:

Teléfono:

Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA

Fecha/ Hora de Atención: 15/11/2023 21:43 - Fecha de digitalización: 15/11/2023 21:52

Consulta control

Paciente puntual

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL MEDICO DOMICILIARIO MENSUAL

CUIDADOR

ABUELA

MOTIVO DE INGRESO AL PROGRAMA

POR HIDROCEFALIA, SINDROME CONVULSIVO, ESCOLIOSIS SEVERA, INCONTINENCIA

ENFERMEDAD ACTUALCONTROL MEDICO DOMICILIARIO PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIDROCEFALIA,
SINDROME CONVULSIVO, ESCOLIOSIS SEVERA, INCONTINENCIA**ANTECEDENTES PERSONALES**

HIDROCEFALIA, SINDROME CONVULSIVO, ESCOLIOSIS SEVERA, INCONTINENCIA

ANTECEDENTES FAMILIARES

NINGUNO

ANTECEDENTES MÉDICOS

HIDROCEFALIA, SINDROME CONVULSIVO, ESCOLIOSIS SEVERA, INCONTINENCIA

ANTECEDENTES SISTEMÁTICOS

SI

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

NIEGA

REVISIÓN POR SISTEMA

ESTREÑIMIENTO

LATERALIDAD

DIEZTRA

SIGNOS VITALES**INDICACIONES:**

PACIENTE AL MOMENTO DE LA CONSULTA EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

T.A. (Mm/Hg): 110/70/

F-C (x min): 88

F-R (x min): 20

T (°): 36

S.O (%): 90

Glucometría (mg/dl):

TALLA(m): 1.50

PESO(Kg): 45

IMC (kg/m²): 20

IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

HISTORIA CLÍNICA

Identificación: 1005028145

Paciente: GIELY DE DIOS PEREZ GALLO

Fecha de nacimiento: 28/10/2002

Edad: 21

Sexo: F

Tipo vinculación: SUBSIDIADO

Estado civil:

Ocupación:

ESCALAS

Glasgow: 15

Interpretación: Paciente normal

Barthel: 35

Interpretación: Severa: 25-45 pts

Karnofsky: 50

Interpretación: Incapaz de trabajar, capaz de vivir en el hogar y atender la mayoría de las necesidades personales, requiere diversos grados de asistencia

EXAMEN FÍSICO

Descripción general: PACIENTE EN EL MOMENTO HIDRATADA, AFEBRIL, DESPIERTA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, TOLERANDO VIA ORAL, CON APOYO, SIN ESCARAS POR DECUBITO, NO CONTROLA ESFINTERES, CON LIMITACION PARA LA MARCHA, SE DESPLAZA POR SUS PROPIOS MEDIOS, DEPENDIENTE PARA ALGUNAS DE SUS ACTIVIDADES.

Cabeza y cuello: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN DENOPATIAS.

Cardiopulmonar: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES CLAROS, SIN SOBREGREGADOS, TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN TIRAJES SUBCOSTALES.

Abdomen: ABDOMEN BLANDO,DEPRESIBE, SIN MASAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION RSIS: + SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

Genitourinario: NO CONTROLA ESFINTERES, USO DE PAÑAL PERMANENTE

Extremidades: EXTREMIDADES HIPOTROFICAS, NO EDEMAS, MOVILES.

Sistema Nervioso Central: CONSERVADO

ESTADO ACTUAL

Complicaciones: NINGUNA

Accidentes: NINGUNO

Eventos adversos: NINGUNO

EVOLUCIÓN

Análisis de estudios diagnósticos

NO

Análisis de laboratorios clínicos

NO

Análisis

PACIENTE CON ANTECEDENTES DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA, QUIEN SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON SIGNOS VITALES ESTABLES, DEPENDIENTE PARA ALGUNAS DE SUS ACTIVIDADES, CON LIMITACION FUNCIONAL PARA LA MARCHA, SOLICITO TTO, TERAPIAS DE MANTENIMIENTO, CONTINUAR EN EL PAD.

Plan

IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

HISTORIA CLÍNICA

Identificación: 1005020145

Paciente: GIELY DE DIOS PEREZ GALLO

Fecha de nacimiento: 28/10/2002

Edad: 21

Sexo: F

Tipo vinculación: SUBSIDIADO

Estado civil:

Ocupación:

1. CONTROL MEDICO EN CASA # 1 AL MES 2. CAMBIO DE POSTURA CADA 2 HORAS 3. PAQUETE DE ATENCION DOMICILIARIA PACIENTE CRONICO CON TERAPIAS (MENSUAL) 4. TERAPIA FISICA EN CASA # 10 POR MES 5. TERAPIA OCUPACIONAL EN CASA # 10 POR MES 6. TERAPIA FONOAUDIOLOGIA EN CASA # 10 POR MES 7. ACIDO VALPROICO JARABE # 3 FCO 8. CLONAZEPAN GOTAS # 1 FCO 9. HIDROCORTISONA CREMA # 3 TUBOS 10. NISTATINA CREMA # 3 TUBOS 11. BETAMETASONA CREMA # 2 TUBOS 12. BISACODILO TAB # 30 13. LACTULOSA SUSPENSION # 1 FCO 14. PAÑALES DESECHABLES TALLA S : 360 ***PARA 3 MESES*** 15- RECOMENDACIONES GENERALES, SEGUIR INDICACIONES MÉDICAS, MANTENER HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES, DIETA HIPOSÓDICA, DIETA BAJA EN GRASA, EXPLICO IMPORTANCIA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO, SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS, DOLOR PRECORDIAL, PALPITACIÓN, DISNEA, EDEMA, CEFALEA, MAREO, EMESIS, SÍNCOPE, FATIGA, FIEBRE, DIARREA, DOLOR ABDOMINAL, CAÍDAS, FAMILIAR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	TIPO	PRINCIPAL
R568	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	CONFIRMADO REPETIDO	
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	CONFIRMADO REPETIDO	
R15X	INCONTINENCIA FECAL	CONFIRMADO REPETIDO	
G919	HIDROCEFALO, NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	(X)
M419	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	CONFIRMADO REPETIDO	

FINALIDAD DE CONSULTA

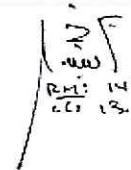
VALORACION DE CONTROL

CAUSA EXTERNA

Enfermedad general

CONDICIONES GENERALES AL MOMENTO DEL EGRESO

PACIENTE CON DISCAPACIDAD QUE REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA POR LIMITACION FUNCIONAL.


 PT : 13479271
 MEDICO GENERAL
 Tarjeta Profesional: 13479271



Página 1 de 1

FORMULACIÓN

IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1 Dirección AV 2E # 5-35 LA CEIBA
Teléfono 5777177 - 5777188 - 5777199 Email GERENCIA@IPSMEDCARE.COM

Identificación CC **Paciente** GIELY DE DIOS PEREZ GALLO
1005028145
Fecha de nacimiento **Edad** 21 **Sexo** F **Régimen** SUBSIDIADO
28/10/2002

Entidad NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA

Dirección CRA 12 CON CL 15 # 15-68 BRR
LA PALMITA VILLA DE ROSARIO

Ciudad VILLA DEL ROSARIO

E-mail

Responsable

Estado civil

Barrio LA PALMITA

Departamento NORTE DE
SANTANDER

Parentesco

Ocupación

Zona Urbana

Teléfono 3188450095 -

Teléfono

Estrato

N. A filiación NO APLICA

Tipo vinculación SUBSIDIADO

Fecha / hora de prescripción 15/11/2023 21:58 **Lugar de prescripción** PRINCIPAL

Orden N° 0000084828

Medicamento	Concentración	Forma farmacéutica	Posología	Observación posología	Cantidad	Vía	Duración
PAÑALES ADULTO TALLA S		UNIDAD	Usar 1 Unidad cada 6 Horas durante 90.0 Día (s)	CAMBIO DE PAÑAL CADA 6 HORAS POR 90 DIAS	360.0 - Trescientos sesenta	Tópico	90.0 DÍA (S)

Diagnósticos

Código	Diagnóstico	Observación	Tipo	Principal
G919	HIDROCEFALO, NO ESPECIFICADO			
M419	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA		Confirmado repetido	
R568	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS		Confirmado repetido	
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA		Confirmado repetido	
R15X	INCONTINENCIA FECAL		Confirmado repetido	

Indicaciones generales

RECOMENDACIONES GENERALES, SEGUIR INDICACIONES MÉDICAS, MANTENER HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES, DIETA HIPOSÓDICA, DIETA BAJA EN GRASA, EXPLICAR IMPORTANCIA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO, SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS, DOLOR PRECORDIAL, PALPITACIÓN, DISNEA, EDEMA, CEFALEA, MAREO, EMESIS, SÍNCOPE, FATIGA, FIEBRE, DIARREA, DOLOR ABDOMINAL, CAÍDAS, FAMILIAR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Vigencia 30 días.

Fecha de impresión 16-11-2023 17:29

137
R. 1413
C. 13. 439.271.

JAIME ENRIQUE UREÑA ESTEVES

PT : 13479271

MEDICO GENERAL

Tarjeta Profesional: 13479271



EVOLUCIONES

Página 1 de 2

IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.

Historia clínica 1005028145

NIT 900257281-1

Dirección AV 2E # 5-35 LA CEIBA

Teléfono 5777177 - 5777188 - 5777199

Email GERENCIA@IPSMEDCARE.COM

Identificación CC 1005028145

Paciente GIELY DE DIOS PEREZ GALLO

Fecha de nacimiento 28/10/2002

Edad 21

Sexo F

Régimen SUBSIDIADO

Entidad NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA

Dirección CRA 12 CON CL 15 # 15-68 BRR LA PALMITA VILLA DE ROSARIO

Estado civil

Ocupación

Ciudad VILLA DEL ROSARIO

Barrio LA PALMITA

Zona Urbana

Estrato

E-mail Alberth.I.b@hotmail.com

Departamento NORTE DE SANTANDER

Teléfono 3188450095 -

N. Afiliación NO APLICA

Responsable

Parentesco

Teléfono

Tipo vinculación SUBSIDIADO

Fecha / hora de atención 07/08/2024 10:00

Fecha de digitalización 08/08/2024 16:57

Resumen de historia clínica

Antecedentes y diagnósticos patológicos

CONSULTA DE CONTROL NUTRICIONAL DOMICILIARIO PACIENTE DE 21 AÑOS EN COMPAÑIA DE MAMA ELIZABETH GALLO ANTECEDENTES PATOLOGICOS *PARALISIS CEREBRAL *SX CONVULSIVO *HIDROCEFALIA *ESCOLIOSIS SEVERA *ESTREÑIMIENTO CRONICO ANAMNESIS ALIMENTARIA DESAYUNO: AREPA, HUEVO PERICO, ENSURE MEDIA MAÑANA: NO CONSUME ALMUERZO: FRIJOL, ARROZ, HUEVO FRITO, JUGO DE TOMATE DE ARBOL MEDIA TARDE: NO CENA: AREPA, ENSURE C: ENSURE

Diagnóstico

Código	Diagnóstico	Observación	Tipo	Principal
G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA		Confirmado repetido	✓
G919	HIDROCEFALIA NO ESPECIFICADO		Confirmado repetido	

Cambios en el peso

Peso actual (kg) 35	Pérdida de peso en 2 semanas (kg)	Talla (Mts) 1.45	Peso usual (kg)	Pérdida de peso (%)
Peso ideal (kg) 46.3	IMC (kg/m²) 16.65			

Diagnóstico nutricional

PACIENTE CON DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA, DEPLECION DE MASA MUSCULAR CON COMPROMISO MODERADO C BRAQUIAL: 20CM C PANTORRILLA: 24CM, INGESTA DE ALIMENTOS MENOR AL 60%DE SUS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Código	Diagnóstico	Observación	Tipo	Principal
E440	DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA		Confirmado repetido	✓

Objetivo nutricional

CUBRIR REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES CON DIETA BALANCEADA Y APME EDUCACION NUTRICIONAL A FAMILIARES

Calorías 35

Gasto calórico (Cal x kg) 1225.0

Plan nutricional



EVOLUCIONES

Página 2 de 2

IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.

Historia clínica 1005028145

NIT 900257281-1

Dirección AV 2E # 5-35 LA CEIBA

Teléfono 5777177 - 5777188 -
5777199

Email GERENCIA@IPSMEDCARE.COM

Identificación CC 1005028145

Paciente GIELY DE DIOS PEREZ GALLO

Fecha de nacimiento 28/10/2002

Edad 21

Sexo F

Régimen SUBSIDIADO

Entidad NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA

DIETA HIPERPROTEICA HIPERCALORICA FRACCIONADA + ENSURE ADVANCE POLVO LATA X 850 GR 56,7 GR EN 190 ML DE AGUA 02 VECES AL DIA VIA ORAL, 12 LATAS EN 90 DIAS. TRATAMIENTO POR 90 DIAS, SE GENERA MIPRES # 20240808181039009002 PARA TRAMITE EN SU EPS. SE REFUERZAN CUIDADOS EN CASA, MOVILIZACIONES PERMANENTES PARA EVITAR ULCERAS DE PRESION SE REFUERZAN HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES INCLUIR TODOS LOS GRUPOS DE ALIMENTOS: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS, PLÁTANOS Y DERIVADOS, FRUTAS Y VERDURAS, LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS, CARNES, HUEVO, LEGUMINOSAS, GRASAS, AZÚCARES (EN MENOR CANTIDAD) EN SU ALIMENTACIÓN DIARIA. SE RECOMIENDA EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS COMPLETANDO 5 PORCIONES AL DÍA. PREFERIBLEMENTE CONSUMA FRUTAS ENTERAS Y NO EN JUGO, PARA TENER UN MAYOR APOORTE DE FIBRA. NO OMITIR NINGUN TIEMPO DE COMIDA PRINCIPAL, SE REFUERZA PREPARACION DE APME INDICADO

Anotaciones

CONTROL EN 03 MESES

GIOVANNI ALEXANDRO BERNAL REYES

CC : 88034916

NUTRICIONISTA

Tarjeta Profesional: MND 02059

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	1005028145
NOMBRES	GIELY DE DIOS
APELLIDOS	PEREZ GALLO
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	09/04/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/15/2024 13:55:03	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:

15/08/2024

Ficha:

54874351556800005126

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GIELY DE DIOS

Apellidos: PEREZ GALLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1005028145

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

14/12/2021

Última actualización ciudadano:

14/12/2021

Última actualización via 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:

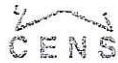
Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



Con este número puedes
hacer trámites y pagos

Reporta daños y emergencias
marcando gratis

cliente:

689225

018000 414 115 ó al 115

LINEA ETICA DE CENS: Denuncia conductas ilegales o antiéticas. Email: comunicacionetica@cens.com.co
Línea CENA Línea de Atención al Cliente: 01-8000-322-955 Línea Gratuita Nacional. EPA: Verifica por la información de denuncia.

Nombre: Los Trapiches Buena Vista
Dirección: Cra 11 cll - 30 trr 4 apt 102
Barrio: Altos De Buena Vista
Clase de Servicio: Residencial
Ruta: 105 01512104414

Ciudad: Villa Del Rosario
Estrato 1
Tarifa: Generica

Tu número de cliente: **689225**

Documento equivalente a factura N° - 1075445378

Fecha de emisión: Julio 11/2024

Tu último pago fué:

24/JUN/2024

Pagaste:

\$30,327



¡Escanea y paga!

Periodo facturado 08/JUN/2024 a 07/JUL/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

26/JUL/2024

Pago con recargo hasta:

05/AGO/2024

30

Servicios Facturados

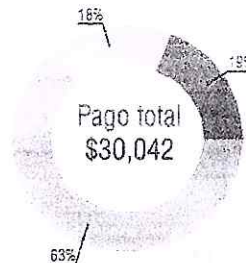
Energía

\$18,947

Ases.

\$5,725

\$5,370



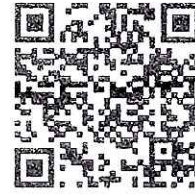
Contactanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

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

Portal de
Autogestión



Gestiona tu cuenta de energía en el
Portal de Autogestión
Regístrate en www.cens.com.co /
Servicios en línea

Servicios Facturados

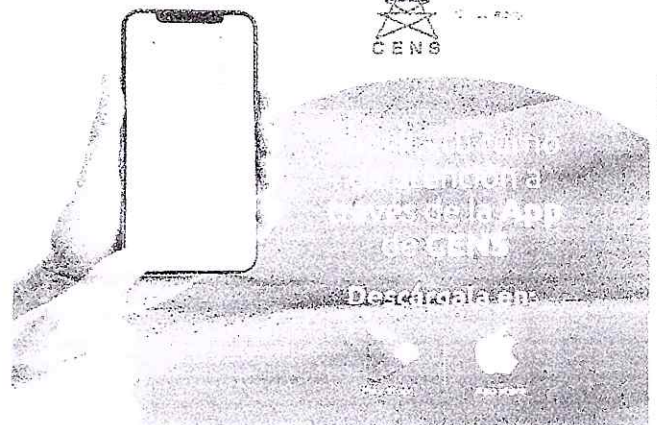
\$18,947

\$5,725

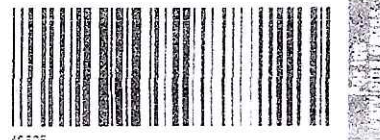
\$5,370

Por tus servicios pagas

\$30,042



ILIO



40235

\$ 30,042

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **27894656**

GALLO BASTOS
APELLIDOS

NANCY ELIZABETH
NOMBRES

Nancy Elizabeth Gallo Bastos
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-ABR-1982**

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-JUN-2000 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2510000-55085718-F-0027894656-20010410 0356301094A_02 094130573