

**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	06 de Agosto de 2024
Fecha de expedición de la autorización	06 de Agosto de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	MAXIMILIANO TARAZONA HERNANDEZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. (<input checked="" type="checkbox"/>) T.I. () C.C. () Otro ()
Número de Documento de Identidad	1092017989
Edad	5 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 5 #3-38 Mz G Lt 6 Barrio La Parada
Teléfono fijo	3006265137
No. de Celular (2 números si es posible)	No registra
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	mayerlyhernandez211@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: ()
Nombre Completo del Representante	MAYERLY SUGEY HERNANDEZ PIMIENTO
Parentesco de la PcD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.092.353.584 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3006265137

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)	1074004
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G402 – G811 – I209 – G409
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.ipsprogresando@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: <u> X </u> 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: X Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleana Esther Flórez Ramos
Cedula 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	

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: G402 - G811 - I209 - G409



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1074004



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP

1092017989

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59948597

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código N 4 C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA NOTARIA 2 CUCUTA * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido TARAZONA * * * * * Segundo Apellido HERNANDEZ * * * * *
Nombre(s) MAXIMILIANO * * * * *
Fecha de nacimiento Año 2 0 1 8 Mes D I C Día 1 9 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * Número certificado de nacido vivo 14838034-6 * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos HERNANDEZ PIMIENTO MAYERLY SUGEY * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1092353584 * * * * * Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos TARAZONA CORTES MANUEL ALEJANDRO * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1014216226 * * * * * Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos TARAZONA CORTES MANUEL ALEJANDRO * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1014216226 * * * * * Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) * * * * * Firma * * * * *


Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) * * * * * Firma * * * * *

Fecha de inscripción Año 2 0 1 8 Mes D I C Día 2 8 Nombre y firma del funcionario que autoriza JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN
Nombre y firma



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Karazona	Hernandez	Maximiliano	R 1092017989
Edad: 4	Estado Civil: Menor	Escolaridad: —	Género: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Dirección: Cra 5 N° 3-38 B. Alfonso Lopez La Parola		Teléfono: 300/6265137	

FECHA: AÑO: 2023 MES: 12 DIA: 13

DIAGNOSTICO: Epilepsia focal (E402)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Hemiparesia Espástica (E811)
Hidrocefalia Derruada (I209)


Paciente quien al nacer se le diagnosticó Hidrocefalia con valvula peritono-ventricular, recibe Hto farmacológico permanente (Levetiracetam)
Sufrió Hipoxia - Afixia perinatal - Leucomalacia periventricular izquierda severa, Esquinoxencefalia Labio Abierto, Alteración lenguaje, desviación tónica, Neuropatía, espasticidad severa en plantiflexores, hiperreflexia clonus Aquiliano derecho, marcha con arrastre punta, alteración del desarrollo motor normal, episodios convulsivos. Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria. Requiere toxina botulínica para generar movimientos funcionales. Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA

(Motora Mental Severa)


MEDICO

R-3594
22 1316336


Neesh Dant
FISIOTERAPEUTA

22006390

HISTORIA CLINICA RESUMEN DE EXAMEN FISICO

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : MAXIMILIANO TARAZONA HERNANDEZ
Identificación : 1092017989 Tipo Documento : RC
Sexo : M Edad : 4 Años Fecha de Nacimiento : 19/12/2018
Dirección: VILLA DEL ROSARIO- B. ALFONSO LOPEZ CRA 5 # 3-38 Teléfono: 3025978926
Ocupación : MENOR DE EDAD Estado Civil : SOLTERO(A)
Tipo de Usuario : Contributivo Beneficiario Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO
Contrato : C EPS SANITAS CONTRIBUTIVO Nro Carnet :
Entidad : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
23/11/2023	07:49	1	84	20	1	45.5	1

Servicio: 890375-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROPEDIATRIA

MOTIVO DE CONSULTA:

**CONSULTA REALIZADA USANDO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL E IMPLEMENTANDO LOS PROTOCOLOS DISPUESTOS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL Y CONEURO SAS PARA EVITAR LA PROPAGACION DEL VIRUS COVID-19

EDAD: 4 AÑOS 11 MESES

INFORMANTE: MAYERLY HERNANDEZ - ELINOR PINO (MADRE - MADRINA)

DX:

- 1.EPILEPSIA FOCAL ESTRUCTURAL
2. ALTO RIESGO NEUROLOGICO: PREMATUREZ (30 SEMANAS) - ASFIXIA PERINATAL - PAROS RESPIRATORIOS # 2 - HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA FRONTO - PARIETO-TEMPORAL DERECHA - HIDROCEFALIA DERIVADA
3. LEUCOMALASIA PERIVENTRICULAR IZQUIERDA SEVERA + ESQUISENCEFALIA DE LABIO ABIERTO PARIETAL IZQUIERDA + AREA DE ENCEFALOMALACIA TEMPORAL IZQUIERDA
4. HIDROCEFALIA DERIVADA (II - 2019)
5. HEMIPARESIA ESPASTICA DERECHA

S:

HABIA ESTADO SIN CRISIS EPILEPTICAS DESDE EL 30 DE DICIEMBRE DE 2022 HASTA EL PASADO 3 DE NOVIEMBRE CUANDO PRESENTA ESTARUS EPILEPTICO DE 30 MINUTOS DE DURACION CARACTERIZADA POR ALTERACION DE CONTACTO OCNEL MEDIO Y DESVIACION TONICA-DE LA MIRADA HACIA LA IZQUIERDA, LUEGO DE VIAJE INTERNACIONAL QUE GENERO PRIVACION DE SUEÑO. RECIBE ORDENADAMENTE LA MEDICACION. EN AGOSTO LE APLICARON TOXINA BOTULINICA, SUFRIENDO UNA NEUROPATIA DOLOROSA IATROGENICA POR LO QUE DEJO DE CAMINAR UN MES Y MEDIO. RECOBRO PATRON DE MARCHA HACE 15 DIAS. SU LENGUAJE EXPRESIVO HA MEJORADO SIGNIFICATIVAMENTE, SE LE ENTIENDE LOLO QUE DICE. SIGUE MUY REBELDE, LLORA POR TODO, DICE QUE YA NO LO QUIEREN.

TRAE POTENCIALES EVOCADOS VISUALES (X - 2023): NORMALES

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES

1.PADRES NO CONSANGUINEOS, CPN (+), GESTACION AIN COMPLICACIONES HASTA SEMANA 30 POR TOCOLISIS FALLIDA, POR LO QUE REALIZAN CESAREA. LLANTO ESPONTANEO. APGAR 6/8/7. PESO 1500 GR - TALLA 40 CM. P. CEFALICO 28 CM. HOSPITALIZADO 2 MESES POR EMH GRADO II, PARO RESPIRATORIO, SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR CON CID, ACIDOSIS METABOLICA. A LOS 8 DIAS DOCUMENTAN HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA FRONTO -PARIETO-TEMPORAL DERECHA CON DRENAJE INTRAVETRICULAR ASOCIADA A HIDROCEFALIA (G III), MANEJADA IICIALMENTE CON PUNCIONES VENTRICULARES, FNLMENTE LO DERIVAN A LOS 2 MESES. ANEMIA

Atendido por:

CLAUDIA NATACHA SINISTERRA PAZ

CC. 51996955

NEUROPEDIATRA

Reg Prof.

1 de 3

HISTORIA CLINICA RESUMEN DE EXAMEN FISICO

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos :	MAXIMILIANO TARAZONA HERNANDEZ			Tipo Documento :	RC
Identificación :	1092017989	Fecha de Nacimiento :	19/12/2018	Teléfono:	3025978926
Sexo :	M	Edad :	4 Años	Estado Civil :	SOLTERO(A)
Dirección:	VILLA DEL ROSARIO- B. ALFONSO LOPEZ CRA 5 # 3-38			Tipo de Afiliación :	BENEFICIARIO
Ocupación :	MENOR DE EDAD			Nro Carnet :	
Tipo de Usuario :	Contributivo Beneficiario				
Contrato :	C EPS SANITAS CONTRIBUTIVO				
Entidad :	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.				

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
-------	------	---------	-------------	-------------	-------	------	-------

POLITRANSFUNDIDA.

2.PATOLOGICOS: RETINOPATI DE PA PREMATUREZ , DVP HIDROCEFALIA Y ALTERACION DE MIGRACION NEURONAL.

3.QX: DVP A LOS 2 MESES

4. TX: NO

5.ALERGICOS: NO

6. FAMILIAIRES: NIEGAN

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 cuáles?: Normal.

EXAMEN GENERAL

Oídos: Normal.

Nariz: Normal.

Boca: Normal.

Cuello: Normal.

Tórax: Normal.

Abdomen: Normal.

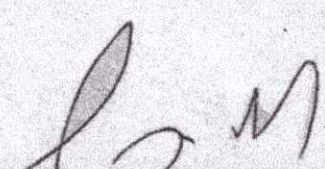
Genitourinario: Normal.

Osteoarticular: Normal.

Sistema Nervioso: Normal.

Piel: Normal.

Atendido por:


CLAUDIA NATACHA SINISTERRA PAZ

CC. 51996955

Reg Prof.

NEUROPEDIATRA

HISTORIA CLINICA RESUMEN DE EXAMEN FISICO

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos :	MAXIMILIANO TARAZONA HERNANDEZ		Tipo Documento :	RC
Identificación :	1092017989		Fecha de Nacimiento :	19/12/2018
Sexo :	M	Edad : 4 Años	Teléfono:	3025978926
Dirección:	VILLA DEL ROSARIO- B. ALFONSO LOPEZ CRA 5 # 3-38		Estado Civil :	SOLTERO(A)
Ocupación :	MENOR DE EDAD		Tipo de Afiliación :	BENEFICIARIO
Tipo de Usuario :	Contributivo Beneficiario		Nro Carnet :	
Contrato :	C EPS SANITAS CONTRIBUTIVO			
Entidad :	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.			

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
-------	------	---------	-------------	-------------	-------	------	-------

Musculo - Esqueletico: Normal.
Neurología - Esfera mental: Normal.
CardioPulmonar: Normal.

EXÁMEN GENERAL:

PERIMETRO CEFALICO 45.5 CM PESO 16 KG

HIDRATADO, EUTERMICO, BIEN PERFUNDIDO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, INGRESA EN BRAZOS DE LA MADRE. AREA DE EXANTEMA FINO EN REGION CERVICAL DERECHA (URTICARIA POR COLONIA NUEVA)

- MICROCEFALO, OCCIPUCIO PLANO , FACIES SIN ALTERACIONES FENOTIPICAS , ENDOTROPIA IZQUIERDA . CATETER DE DVP SUBCUTANEO TEMPORAL DERECHO

- CP: RsCs RITMICOS, NO SOPLOS, VENTILACION SIMETRICA EN ACP

- EXTR: NO EDEMAS NI DEFORMIDAD, BUENA PERFUSION DISTAL . ACORTAMIENTO DE MID

- NEUROL: ALERTA, ACTIVO, REACTIVO, ADECUADO CONTACTO E INTERACCION . PARES CRANEANOS SIN ALTERACIONES, PUPILAS ISOCORICAS, REACTIVAS A L LUZ Y LA ACOMODACION. REALIZA FIJACION Y SEGUIMIENTO VISUAL EN TODOS LOS PLANOS. TRIPLEJIA ESPASTICA LEVE CON MAYOR COMPROMISO DERECHO. SE MANTIENE SEDENTE. SU CONTROL DE TRONCO HA MEJORADO PERO AUN ES DEFICIENTE. MARCHA CON PATRON DE PAREIA DERECHA . YA SE LE ENTIENDE TODO LO QUE DICE, CUENTA HISTORIAS, DA EXPLICACIONES, CUESTIONA SU ENTORNO. COMPRENDE Y OBEDECE INSTRUCCIONES SENCILLAS. ADECUADA RESPUESTA A ESTIMULOS AUDITIVOS. ESFERA COGNITIVA DISMINUIDA PARA LA EDAD

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

EVOLUCION TORPIDA CON ESTATUS FACILITADO POR PRIVACION DE SUEÑO Y NEUROPATIA IATROGENICA YA RESUELTA. PREOCUPA SU POBRE REGULAICON EMOCIONAL E IRRITABILIDAD QUE NO HA MEJORADO CON LA INTERVENCION POR PSICOLOGIA . SE REMITE A PSIQUIATRIA. SE MANTIENE POR AHORA DOSIS DE LEVETRIACETAM Y SE EXPLICA A LA MADRE QUE EN CASO DE RECURRENCIA DE LAS CRISIS, SE HARIA NECESARIO ADICIONAR UNA SEGUNDA MEDICACION ANTIEPILEPTICA.

CIE10: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOC


TRATAMIENTO:

1. LEVETIRACETAM SUSPENSION 100 MG/ML , FCOS # 6 (SEIS)
TOMAR 5 CC EN LA MAÑANA Y 6 CC EN LA NOCHE. FORMULA PARA 3 MESES

2. VALORACION PSIQUIATRIA INFANTIL

3. CITA NEUROPEDIATRIA EN TRES MESES

Atendido por:



CLAUDIA NATACHA SINISTERRA PAZ
CC. 51996955
NEUROPEDIATRA

Reg Prof.

3 de 3

Historia Clínica - Control - Seguimiento por Especialista

Datos del Paciente	Número de control	34914	Fecha y Hora de atención: 2024-01-30 18:11:43
Nombre	Identificación	Tipo de Id	Fecha de nacimiento
	1092017989	RC	2018-12-19
Edad	Sexo	Teléfono	Dirección
4 AÑOS	MASCULINO	3502828630	CRR 5 3-38
Municipio	Barrio	Eps remitente	Régimen
VILLA DEL ROSARIO	ALFONSO LOPEZ	SANITAS EPS	1
Contácto	Parentesco	Teléfono contácto	Email
JOSE TARAZONA		3502828630	

Registro de Evolución

Seguimiento

Diagnóstico:

- PC INFANTIL - EPILEPSIA FOCAL SINTOMATICA
- ANTECEDENTE DE PREMATUREZ (30 SEM)
- TRASTORNO DEL DESARROLLO CORTICAL
- HIDROCEFALIA DERIVADA
- PIE EQUINO VARO

SUBJETIVO:

MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD EN MANEJO CON LEVETIRACETAM SUSPENSION 5 ML AM Y 6 ML PM, ULTIMA CONVULSION EL 03 DE NOVIEMBRE DE 2023 PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA CON SUPRAVERSION DE LA MIRADA HACIA LA IZQUIERDA E HIPEREXTENSION DEL CUELLO Y MIDRIASIS. ESTO FUE EN MEXICO POR LO QUE DIERON MANEJO DE ESTATUS CONVULSIVO Y QUEDA EN OBSERVACION DURANTE TRES DIAS. ESTAN HACIENDO TERAPIAS DOMICILIARIAS OCUPACIONAL, FONOAUDIOLÓGICAS, FÍSICAS Y MIOFUNCIONALES, DICE PALABRAS Y FRASES COMPLETAS, DA PASOS SOLO, ESTA ESCOLARIZADO Y NO TIENE CONTROL DE ESFINTERES, MADRE REFIERE QUE DESDE HACE 4 MESES PRESENTA PROBLEMAS EN LA CONDUCTA NO LE GUSTA LA PABRA "NO" SE FRUSTRAS, LLORA, SE IRRITA, EN MOMENTOS DE HETEROPAGRESION

-JUNTA DE NEUROcx. EN CONEUIRO 9-06-2022: NO INDICACION QX.

APOYOS DIAGNOSTICAS

ANTECEDENTES: CESAREA A LAS 30 SEMANAS, REQUIERO UCIN EN CLINICA SANTA ANA, 2 MESES, PRESENTA 3 PAROS CARDIORESPIRATORIOS, SANGRADO VENTRICULAR E HIDROCEFALIA SECUNDARIA.

DESARROLLO PSICOMOTOR: Sostén Cefálico: 6 MESES - Rolados: 18 MESES - Sedestación: 2 AÑOS- bipedestacion 3 AÑOS - Lenguaje: BISILABOS 15 MESES. TAC DE CRANEO SIMPLE 19-02-2021: REPORTA MUY SEVERA DILATACION QUISTICA DEL CUARTO VENTRICULO Y DEL ACUEDUCTO CEREBRAL CON ALGUNOS SIGNOS DE HERNIACION TRANSTENTORIAL ASCENDENTE. DILATACION DEL CUERPO Y ASTAS FRONTALES DE AMBOS VENTRICULOS LATERALES Y PRESENCIA DE UN CATETER DE DERIVACION VENTRICULAR QUE ENTRA POR LA REGION FRONTAL DERECHA, CON SU EXTREMIDAD LOCALIZADA HACIA EL ASTA FRONTAL DEL VENTRICULO LATERAL IZQUIERDO.

RM CEREBRAL SIMPLE 10-03-2020: HIDROCEFALIA CON CAMBIOS EN LA FORMA DEL VENTRICULO LATERAL IZQUIERDO Y DEL CUARTO VENTRICULO CON CAMBIOS EN EL ESPACIO DE LCR EN LA CIRCONVOLUCION TEMPORAL IZQUIERDA TODO ELLO DEBE DESCARTARSE COLPOCEFALIA CON ESQUIZENCEFALIA ASOCIADA. HAY TRASTORNO DE LA MIGRACION NEURONAL POR LESION CONGENITA.

VIDEOEEG 13-11-2020: ANORMAL POR LA PRESENCIA DE ACTIVIDAD EPILEPTIFORME CONTINUA FRONTOCENTRAL IZQUIERDA.

TAC DE CRANEO SIMPLE 12-04-2022: CAMBIOS DE ESQUIZENCEFALIA DE LABIO ABIERTO EN HEMISFERIO CEREBRAL IZQUIERDO. DILATACION DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRA E INFRATENTORIAL POR HIDROCEFALIA. SIGNOS INDIRECTOS DE ATROFIA TEMPORAL IZQUIERDA SEVERA, SIGNOS INDIRECTOS DE TRASTORNO DE LA MIGRACION NEURONAL HEMISFERIO CEREBRAL IZQUIERDO.

08/03/2023: VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA PEDIATRICO DE 24 HORAS: HALLAZGOS COMPATIBLES CON ENCEFALOPATIA EPILEPTICA FOCAL DE ORIGEN ESTRUCTURAL POSIBLE DISPLASIA CORTICAL FOCAL EN REGIONES CENTRALES IZQUIERDAS Y OCCIPITALES

19/10/2023: POTENCIALES EVOCADOS VISUALES: SE REALIZO ESTUDIOS DE POTENCIALES EVOCADOS VISUALES CON ESTIMULO FLASH ENCONTRANDO RESPUESTAS CORTICIALES EN AMBOS OJOS CON LATENCIAS DENTRO DE LIMITES NORMALES PARA SU EDAD

EXAMEN FÍSICO CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD:

Peso: 18 kg

ALERTA, TRANQUILO, CARDIOPULMONAR NORMAL, ABDOMEN NORMAL, EXT: SIN EDEMAS. NEUROLOGICO: PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS,

ANÁLISIS:

MENOR CON ANTECEDENTE DE PREMATUREZ CON TRASTORNO DEL DESAROLLO CORTICAL E HIDROCEFALIA DERIVADA, CON CRISIS TIPO ESTATUS CONVULSIVO EN NOVIEMBRE DE 2023, ASOCIADA A VIAJE Y CAMBIOS DE CONDUCTA POR LO QUE TIENE PENDIENTE VALORACION POR PSIQUIATRIA, SE CONTINUA CON LEVETIRACETAM SIN SUSPENDER, SE ENVIA A TERAPIAS DOMICILIARIA Y CONTROLE POR ESPECIALIDADES

RECOMENDACIONES ESCOLARES:

- INCLUSION ESCOLAR CON REFUERZO PEDAGOGICO EN LAS ASIGNATURAS QUE LO REQUIERAN, VALORAR EVALUACIONES ORALES SEGUN NECESITE. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REFORZAR TIEMPO DE EJECUCION DE ACTIVIDADES, ESTABLECER PAUTAS Y COMPROMISOS.

PLAN:

- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
- INCLUSION ESCOLAR CON AJUSTES RAZONABLES-PROGRAMA PIAR
- LEVETIRACETAM SUSP. 100 mg/ml FRASCO X300 ML, DOSIS: 6 ML AM Y 6 ML PM, ORDEN POR 6 MESES TOTAL: #8 UNIDADES
- TERAPIAS FISICA (72 SESIONES), OCUPACIONAL (72 SESIONES), Y LENGUAJE CON ENFASIS EN MIOFACIALES (72 SESIONES), 3 VECES POR SEMANA, HACER DOMICILIARIAS ORDEN POR 6 MESES
- CONSULTA DE CONTROL POR ORTOPEDIA INFANTIL
- CONTROLES POR PEDIATRIA Y FISIATRIA
- CITA EN 6 MESES POR NEUROPEDIATRIA

Diagnóstico(s)

G409:Epilepsia, tipo no especificado

No refiere diagnósticos adicionales

No refiere diagnósticos adicionales

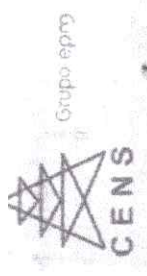
Firma y registro



Dr. Gabriel Sierra Rosales.
Neuropediatra
Registro profesional 1449

C.C.1092017989

Fecha y hora de impresión 2024/02/26 08:38:39



Tu Información

Nombre: María Benicia Pimiento Alvarez
Dirección: Cra 53-38 mnz g lte 6
Barrio: Correg La Parada
Clase de Servicio: Residencial
Ruta: 105 01512712100

Ciudad: Villa Del Rosario
Estrato 1
Tarifa: Icbt bienestar familiar

Tu número de cliente: 111499

Documento equivalente a factura N° - 1074770233

Fecha de emisión: Junio 13/2024

Tu último pago fué:
05/JUN/2024
Pagaste:
\$144,714

Fecha de vencimiento
Periodo facturado 10/MAY/2024 a 08/JUN/2024

Días Facturados
30

Pago oportuno hasta:
26/JUN/2024

Pago con recargo hasta:
03/JUL/2024

Servicios Facturados

Energía \$107,353
Asco \$20,232
Alumbrado Público \$21,006

Pago total
\$148,591

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

LINEA ETICA DE CENS

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

LINEA ETICA DE CENS

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Consejos para ahorrar energía

on Lucía, chat de CENS!

contacta la línea 32315115

¡Feliz día Papá!

Con CREDISOMOS tienes un bono de \$3.500.000 en tu bolsillo

¡Regístrate ahora! Escaneando este código

¿Quieres ganar uno de estos electrodomésticos?

Únete al concurso Usuario Piloso

El hurto reiterado de infraestructura eléctrica atenta contra la disponibilidad permanente del servicio y se puede dejar sin energía por un término indeterminado.

¡Regístrate ahora! Escaneando este código

Información de tu instalación

Medidor Activa: 4569251
Medidor Reactiva:
Alimentador: ELSC68
Nivel de tensión: 1
Carga instalada: 1
Constante de medida: 1

Compensación Calidad del Servicio

Indicadores	Período Actual	Mes 1	Mes 2	Mes 3
1T02716-De la Empresa	41.74			
9.629				
301.762				
21				
15				
11				
0				
0				
16				

El presente documento equivale a la factura predata miento eléctrico en virtud de la Ley 1306 de 2014 y la Ley 1954 de 2018, modificada por el artículo 18 de la Ley 869 de 2001.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece a continuación, tiene plena validez para todos los efectos legales.

Av. Miguel González Cury, 100
Representante Legal

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a <https://sites.placetopay.com/censcentraleselectricasdeins/login>

Apuestas Cúcuta 75 - BBVA - CompuTens - Cogusimales - Almacenes Éxito - Finorite Bancolombia - Davivienda - Electy - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Datáfonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)



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

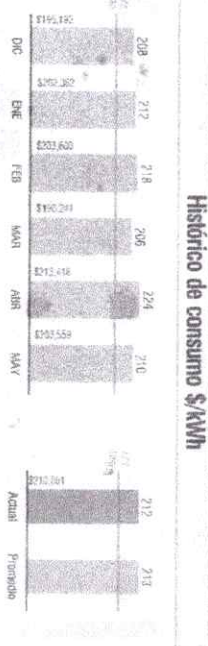
Con este número puedes hacer trámites y pagos
Reporta datos y emergencias marcando gratis
Número de cliente: **111499**
018000 414 115 ó al 115

Servicio de energía
Componentes del costo unitario \$5 kWh

Servicio de aseo

Generación (G): 397 2249
Transmisión (T): 47 9634
Distribución (D): 285 6944
Costo Unitario \$4/kWh: 990 8633
Comercialización (CV): 134 0660
Pérdidas Reconocidas (PR): 84 1096
Restricciones (R): 41 7950
Tarifa Aplicada \$4/kWh: 396 3819
FECHA PUBLICACIÓN: 20/MAY/2024
Subsidio (%): -59 9959

Empresa VEOLIA ASEO NORTE DE SANTANDER
Sitio Web: www.veolia.com/colombia
Correo: co.servicio@veolia.com
Dirección: AV. LA 84-57 ZONA INDUSTRIAL
Estado: 2
Frecuencia de recolección: 3
Subsidio (%): -2245
Período: 05-2024
Pauta a pagar: NO
Costo: 22.451



Costo Unitario

Concepto	Valor
VBA	167716.75
TRBL	00123
TRILU	00015
TRRA	00002
TRA	00330
CVNA	192090.16
TAFNA	47.82833
TRMA	07341
CT	8347

Historico

Mes	Consumo (Ton)	Tarifa (\$)
MAY	0.0734	20.167
ABR	0.0734	19.984
MAR	0.0734	19.827
FEB	0.0734	17.835
ENE	0.0734	17.807
DIC	0.0638	17.801

Información de consumo / Detalle del servicio de energía

Activa	Lectura	kWh	Reactiva	Lectura	kVArh
Actual	31675	212	Actual		
Anterior	31463		Anterior		

Concepto	Valor Mes
CONSUMO ACTIVA	210.061
SUBSIDIO	-102.844
INTERES MORA	136

Impuesto alumbrado publico

Cláusula CPSCU 25
Sujeto pasivo (Contribuyente): Maria Bonicia Pimiento Concesionario: Concesion American Lighting S.A.S Tel: 56441164
Materia municipal que aquiesce Acuerdo No. 006 de 2017
Para mayor información comunicarse con la alcaldía de tu municipio y para mantenimiento al operador en la línea 56441164 Concesion American Lighting S.A.S.
Base Gravable: 210.061
Tarifa 10
Concepto
IMPUESTO ALUMBRADO PUBLICO
Valor Mes
\$ 21.006

Total de aseo \$ 20,232

Total alumbrado publico \$ 21,006

Solicita tu turno de atención a través de la App de CENS
Descárgala en:

Dale una mano al Medio Ambiente
Ahora recibe tu factura por correo electrónico
Ingresa a 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

\$107,353 \$20,232 \$21,006

Por tus servicios pagas \$148,591



Por tus servicios pagas

\$ 148,591

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.092.353.584**

HERNANDEZ PIMIENTO

APELLIDOS

MAYERLY SUGEY

NOMBRES

Mayerly S. Hernandez P.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUL-1993**

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

21-JUL-2011 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Amel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



P-2510000-00327243-F-1092353584-20110825 0027846232A 1 36926639