

## 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: 6365

### Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2460

### Observaciones

DX: G931-G811-G802 - RECURSOS PROPIOS

 Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 807290

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.094.052.300**

**ANGEL FONTALVO**

APELUDOS

**EMILY YESIELL**

NOMBRES

*emily angel*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

**13-SEP-2008**

CUCUTA  
(NORTE DE SANTANDER)

LUKER DE NACIMIENTO

**13-SEP-2026**

B-

F

FECHA DE VENCIMIENTO

O S RH

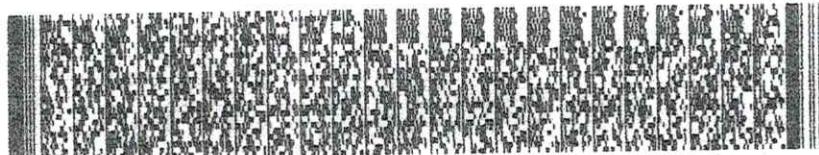
SEXO

21-SEP-2015 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-2510000-00760845-F-1094052300-20151113

**0047408367A 4**

7603591105

**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM****CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

**FECHA :** 22/07/2025**INGRESO :** 2020871**ANGEL FONTALVO EMILY YESIELL****TI - 1094052300****Edad :** 16A 10M 9D**Nacimiento :** 13/09/2008**Sexo :** Femenino**Teléfono :** 3006593164**Dirección :** CALLE 37 KDX 18-1A BARRIO LUIS CARLOS ANTONIO GALAN**Empresa :** NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)**CAUSA EXTERNA:** 38 - Enfermedad General**FINALIDAD CONSULTA:** 44 - OTRA**ESTADO DE CONCIENCIA:** PACIENTE CONSCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL AL TACTO, EN BUEN ESTADO GENERAL**MOTIVO CONSULTA:** VALORACION MEDICA**ENFERMEDAD ACTUAL :** PACIENTE FEMENINO DE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HEMIPLEGIA ESPASTICA IZQUIERDA, ANEMIA, QUIEN ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE PARA VALORACION MEDICA, CURSA GRADO 11, CONVIVE CON PADRES Y HERMANA**PARACLINICOS :****ANTECEDENTES :**

GINECOLÓGICOS: menarquia dic 2020

QUIRÚRGICOS: SE INDAGA A LA MAMA Y NO REFIERE

TRANSFUSIONALES: SE INDAGA A LA MAMA Y NO REFIERE

TRAUMÁTICOS: SE INDAGA A LA MAMA Y NO REFIERE

HOSPITALIZACIONES: SE INDAGA A LA MAMA Y NO REFIERE

PATOLÓGICOS: SE INDAGA A LA MAMA Y NO REFIERE

TOXICOLÓGICOS: SE INDAGA A LA MAMA Y NO REFIERE

**REVISION 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 CUALES? (Normal).

**SIGNS VITALES****Peso :** 44 kg**Temperatura :** 37 °C**Presión Arterial Sistólica:** 100 mmHg**Talla :** 155 cm**Frecuencia Respiratoria :** 18 V x Min**Presión Arterial Diastólica :** 60 mmHg**I.M.C. :** 18.31 kg/m<sup>2</sup>**Frecuencia Cardiaca :** 88 V x Min**SO2 :** 98 %**EXÁMEN FÍSICO :**

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal). ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). MÚSCULO ESQUELETICO (Normal). NEUROLOGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

**PLAN DE MANEJO :**

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA (Cantidad: 1)

**DIAGNÓSTICO :**

G931 - LESIÓN CEREBRAL ANOXICA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE - (Confirmado Repetido)

G811 - HEMIPLEGIA ESPASTICA

G802 - HEMIPLEGIA INFANTIL

PERALTA GIL JULIO CESAR

C.C. 243804

MEDICINA GENERAL

*Julio Peralta Gil*  
Dr: SB2-98  
CE: 243804



## PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

APOYO A LA ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD, FAMILIAS Y CUIDADORES FORTALECIENDO PROCESOS DE INCLUSIÓN SOCIAL, EN LA ESE CENTRO DE REHABILITACIÓN CARDIONEUROMUSCULAR DE NORTE DE SANTANDER.

## VALORACIÓN INICIAL

FECHA: 22/02/2022

Nombres y apellidos: Emily Yesiell Angel Fontalvo	No Identificación: 1094051300
Fecha de nacimiento:	Edad: 13 años
Dirección:	Género: Femenino Teléfono:
Escolaridad: Secundaria	Institución educativa:
Estado civil:	Ocupación: Estudiante
Tipo de Régimen: Contributivo	Subsidiado      Especial      Otro
Servicio/Area: Fisioterapia	

## 1. ANTECEDENTES:

Prenatales: 32 semanas de gestación, ruptura prematura de membrana. Perinatales: peso 1600 gramos, talla 47 centímetros, parto por cesaria. Postnatales: UCI por hiperventilación, le realizaron 3 transfusiones de sangre. Imágenes diagnósticas: Test de Barril, encefalograma. Tóxicos: alérgica a los olores fuertes, detergentes. Terapéuticos: terapia física, terapia ocupacional, fonaudiología, psicología. Familiares: hipertensión, diabetes, esquizofrenia. Estado de alerta: alerta, consciente y orientada. Comunicación: gestual. Visión: realiza seguimiento y fijación visual. Audición: responde a estímulos sonoros. Dominancia: diestra.

## 2. VALORACIÓN:

Tono muscular: -1 hipotonía leve en la escala de Campbell. Sensibilidad: responde a todos los estímulos con normalidad. Actividad refleja: acorde a su edad cronológica. Movilidad articular: arcos completos a nivel de miembros superiores e inferiores. Presenta buena fuerza muscular gruesa a nivel global. Adopta todas las posiciones a nivel del desarrollo motor acorde a su edad. Patrones fundamentales: Lanzar, atajar, patear, carrera y salto en etapa inicial. Equilibrio estático y dinámico: alterando el equilibrio unipodal.

## 3. DIAGNÓSTICO:

CÓDIGO CIE 10

3.1 Hemiplejia espástica izquierda.

G81.9

## 4. OBJETIVOS Y PLAN DE MANEJO:

OBJETIVOS DE MANEJO	PLAN DE MANEJO ASOCIADO
-Aumentar la fuerza muscular en miembros Superiores e inferiores	Mediente entrenamiento de fuerza con carga de peso y ejercicios isométricos.
-Potenciar las Patrones Fundamentales de lanzar y atajar	Por medio de actividades lúdico-recreativas
-Facilitar el equilibrio estático y dinámico en sedente y bipeda unipodal a través de el método Bobath	-Realizando actividades lúdico-recreativas y actividades de psicomotricidad.

## 5. OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES:

F. M. Jiménez Gómez  
Patricia Charán  
FISIOTERAPEUTA-UBES  
CENTRO MEDICO Y REHABILITACION

Nombre apellido y registro profesional



## HOJA DE EVOLUCIÓN

Nombres y apellidos completos: Emily Yesiell Angel Fontalvo

## EVOLUCIÓN

D M A HORA  
22 02 22 3:00PM Paciente que ingresa al servicio de fisioterapia. Se realiza valoración inicial, entrevista a la madre para indagar sobre los antecedentes, los cuales son registrados en el formato de valoración.

Myriam Patricia Chacón Z.  
FISIOTERAPEUTA- UDES  
Rep. Rehabilitación Materna y Neopueraria  
RP:0731 2011

22 02 22 3:30PM Paciente en buen estado de salud. En la valoración inicial presenta -1 hipotonía leve en la escala de campbell. Sensibilidad: responde a todos los estímulos con normalidad superficial, profunda y cortical. Actividad refleja: integrados de acuerdo a su edad cronologica. Movilidad articular: completa rango de movimiento en miembros superiores e inferiores. Presenta buena fuerza gruesa global. Adopta a todas las posiciones de las secuencias del desarrollo de habilidades motoras acorde a su edad. Patrones fundamentales: lanzar, atrapar, patear, correr y salto se encuentran en etapa inicial. Equilibrio estático y dinámico: unipodal se encuentra alterado. Se finaliza en buenas condiciones.

Myriam Patricia Chacón Z.  
FISIOTERAPEUTA- UDES  
Rep. Rehabilitación Materna y Neopueraria  
RP:0731 2011



PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

**APOYO A LA ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD, FAMILIAS Y CUIDADORES FORTALECIENDO PROCESOS DE INCLUSIÓN SOCIAL, EN LA ESE CENTRO DE REHABILITACIÓN CARDIONEUROMUSCULAR DE NORTE DE SANTANDER.**

## COMPROBANTE PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL

Nombres y apellidos completo: Emily Yesiell Angel Fontalvo

Nº Documento: 1094052300

Servicio - Área Fisioterapia



## MANUAL DE PROCESOS OPERATIVOS

MPO-05-F-02-4

## INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Versión 01-2021

## ATENCIÓN EN TERAPIA

Página 1 de 1

## MANIFESTACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Usuario / Representante legal del usuario: Hana Alejandra Fontalvo Ortega, identificado con documento de identidad No: 1090375977, declaro que he sido informado a mi entera satisfacción del programa y del procedimiento de rehabilitación, los beneficios, riesgos y posibles complicaciones durante el procedimiento de intervención terapéutica y que me fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

Acepto y autorizo a los profesionales de la E.S.E Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular de Norte de Santander para que se me realice el tratamiento de intervención terapéutica, a los estudiantes en proceso de formación de la UDES, Universidad de Pamplona y Universidad Simón Bolívar, bajo la supervisión del docente, para la realización de actividades terapéuticas complementarias, proporcionando datos necesarios que así lo requiere para el trabajo terapéutico con fines estrictamente académicos y formativos.

De otro lado autorizo expresamente a la E.S.E. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular de Norte de Santander, para que por medio del personal de salud acceda a la información incorporada de la historia clínica, pertinente para realizar los trámites internos y externos que sean necesarios.

En cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" AUTORIZÓ, a tratar mis datos personales o los datos de menor de edad a quien represento los cuales serán usados legalmente en la realización de actividades del procedimiento de intervención, manejo de la historia clínica y sus anexos, fotografías, videos, entrevista, palabras, o cualquier otra reproducción y demás material audiovisual, con fines exclusivamente académicos o bien para contribuir en el conocimiento científico. Del mismo modo concedo, el derecho de usar, reproducir, distribuir, modificar, crear, poner a disposición, almacenar, grabar, publicar, por cable u otro medio (incluyendo internet) todo lo anterior incluyendo finalidad comercial y/o promocional, sin limitación de territorio y tiempo.

Fecha de ingreso	Servicio	Número sesiones	Firma del usuario/Representante legal
Día: <u>22</u> Mes: <u>02</u> Año: <u>2022</u>	<u>Fisioterapia</u>	<u>2</u>	<u>Hana</u>
Día: _____	_____	_____	_____
Día: _____	_____	_____	_____
Día: _____	_____	_____	_____
Día: _____	_____	_____	_____

Personalmente declaro que proporcione la información sobre el procedimiento a realizar, considerando todos y cada uno de los puntos anteriormente mencionados

Nombres apellidos Profesional  
Registro Profesional:

Nombres apellidos Profesional  
Registro Profesional:



## 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	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1094052300
NOMBRES	EMILY YESIELL
APELLIDOS	ANGEL FONTALVO
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	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/10/2025 19:37:46 | 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 valido

Fecha de consulta:

09/07/2025

Ficha:

54874351559200026703

A4

**Pobreza extrema****DATOS PERSONALES****Nombres:** EMILY YESIELL**Apellidos:** ANGEL FONTALVO**Tipo de documento:** Tarjeta de identidad**Número de documento:** 1094052300**Municipio:** Villa del Rosario**Departamento:** Norte de Santander**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:** 09/05/2023**Última actualización ciudadano:** 09/05/2023**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:**

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

**Teléfono:**

5701220 - 5700873 - 5700317

**Correo Electrónico:**

sisben@villarosario.gov.co



## Consejos para ahorrar energía



Plancha una vez por semana



No seques la ropa humeda con el ventilador



Reemplaza los bombillos tradicionales por ahoradores o LED

Resolución EREG 123 de 2014 "Ahorro y uso eficiente de la energía eléctrica"

SOMOS  
Grupo EPM



# somos

## Lo que nos UNE

Llámanos al **310 247 40 33**

¡Celebremos tu  
independencia!



Con **Lucía** puedes reportar daños  
en el servicio de energía

Agrégala al WhatsApp  
**323 231 5115**



CUDE: 872abf6a87c5fe2fb9fa1b5d26f76eb745b5510d2e117399496d12524da900958ef8594612c7097a3e575b05dcf91606

### Compensación Calidad del Servicio

Indicadores	Periodo Actual			Periodo Retroactivo		
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Mes 2	Mes 3
C transformador	1T02498-De la Empresa					
DIUG	33.392					
DIU	12.947					
HC	0					
V/T Compensar \$	0					
Dr	299.2053					
Gpr. Calidad	21					
FIUG	12					
FIU	15					
VC	0					
DEC	0					
%	2					

### Información de tu instalación

Medidor Activa: 20372816  
Medidor Reactiva:  
Alimentador: ELSG68  
Nivel de tensión: 1  
Carga Instalada: 4.8  
Constante de medida: 1

Este presente documento equivale a la factura presta mérito ejecutivo en virtud del artículo 130 del Ley 142 de 1994 modificado por el artículo 18 de la ley 889 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.

Jose Miguel Gonzalez Cumpo  
Representante Legal

ACTES LTDA. NIT: 802024032-4

### Puntos y medios de pago

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)  
Apuestas Cúcuta 75 - BBVA - Coompencens - Copuasimales - Almacenes Éxito - Ilinorte Bancolombia - Davivienda - Efecty - 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)



QR DIAN



Grupo epm

### Tu Información

Nombre: María Alejandra Fontalvo Ortega

Dirección: Kdx 18

Barrio: Vda Antonio Galan

Clase de Servicio: Residencial

Ruta: 105 01512102120

Ciudad: Villa Del Rosario

Estrato 1

Tarifa: Generica

Tu número de cliente: **678205**

Documento equivalente electrónico

**1083503195**

Fecha y hora de generación: 2025-07-09 10:35:51

Fecha y hora de expedición: 2025-07-09 17:55:00

Último pago: 23/JUN/2025

Pagaste: \$90,795



Escanea y pagal

Periodo facturado 05/JUN/2025 a 04/JUL/2025

### Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:  
**28/JUL/2025**

Pago con recargo hasta:  
**02/AGO/2025**

Días Facturados

**30**

1700-27

### Servicios Facturados

Energía	\$59,631
Aseo	\$21,455
Alumbrado Público	\$13,074



Contactanos a través de la línea de atención **01 8000 414115**

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

Síguenos en nuestras redes sociales f



Descarga la app CENS [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.375.977

FONTALVO ORTEGA

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES

  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO  
**BARANOA**  
(ATLANTICO)

22-NOV-1986

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

**AB+**

**F**

ESTATURA G.S. RH

SEXO

27-ENE-2005 CUCUTA

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION: *Santos, Daniel, Jairo y su*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2500100-00324882-F-1090375977-20110822

0027796707A 1

7591467455