

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: X937-G832

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 603045



SALUD SOCIAL S.A.S.



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

FISIATRIA

HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clínica: 88177605

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: REYNEL CARRASCAL TORRES Identificación: CédulaCiudadanía 88177605 Sexo: Masculino
 Fecha Nacimiento: 08/marzo/1977 Edad Actual: 47 Años / 6 Meses / 24 Días ID de Genero: Masculino Raza: MESTIZO Estado Civil: Soltero
 Dirección: CALLE 1 N° 15 - 146 B. SAN GREGORIO V/R Teléfono: 3142159577
 Barrio: SAN GREGORIO Procedencia: VILLA DEL ROSARIO
 Ocupación: Correo Electrónico:norespoder@previsalud.com.co

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Régimen: Regimen_Simplificado
 Plan Beneficios: COOSALUD EVENTO REGIMEN SUBSIDIADO CUCUTA Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)
 Tipo de contrato: Faclura_Global Tipo: Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 1 (Fecha: 30/09/2024 03:20 p. m.)

Acompañante:

Parentesco:

Teléfono Acomp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1723035 Fecha: 30/09/2024 1:23:26 p. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

Lesión brazo izquierdo

Enfermedad Actual

refiere antecedente de herida con proyectiles de arma de fuego hace mas de 24 años aciona severa secuelas en extremidad superior izquierda con limitación sensitivo motora de la extremidad monoplejia severa

REVISIÓN POR SISTEMAS

| | |
|---------------------------------------|--|
| 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 | Refiere monoplejia extremidad superior izquierda |
| Sistema endocrino | No refiere |
| Sistema linfático | No refiere |
| Sistema tegumentario (piel y faneras) | No refiere |

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

| | | | | | | | |
|----------|----------|---------|--------|--------|-------|-------------|--------|
| TAS: 100 | /TAD: 70 | TAM: 80 | NORMAL | FC: 80 | FR 20 | TEMP. 36,00 | SO2 95 |
|----------|----------|---------|--------|--------|-------|-------------|--------|

Nombre reporte : HCRPHistoBase

1

Usuario: 7225851

Peso (Kg) 1,0 Talla (Cms) 165 I.M.C. BAJO PESO
 Escala del Dolor 2 Riesgo OM:

EXAMEN FÍSICO

| | |
|----------------------------------|---|
| Estado general: | ingresa despierto alerta orientado en sus tres esferas |
| Cabeza, cara, cuello: | |
| Torax | |
| Abdomen: | |
| Extremidades superiores: | extremidad superior derecha con rango completo extremidad superior izquierda se observa defecto cutáneo por gran cicatriz deformidad hombro con limitación en la abducción flexionrelacion fleexo n y abducción 50 grados rotación interna y externa 10 grados codo semiflexión permanente extensión-40 grados flexión 80 grados rango de movilidad 40 grados , antebrazo pronación y supinación limitada , muñeca en flexión lo logra extensión dedos semiflexionados no logra agarre |
| Extremidades inferiores: | extremidades inferiores dentro de límites normales |
| Región lumbosacra: | |
| Genitourinario: | |
| Sistema nervioso central: | |
| Piel y faneras: | |

ESCALA DE BARTHEL

| | |
|-------------------------|---|
| Comer: | Totalmente independiente |
| Lavarse: | Independiente: entra y sale solo del baño |
| Vestirse: | Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos |
| Arreglarse: | Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, |
| Deposiciones: | Continencia normal |
| Micción: | Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta |
| Usar el Retrete: | Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa |
| Trasladarse: | Independiente para ir del sillón a la cama |
| Deambular: | Independiente, camina solo 50 metros |
| Escalones: | Independiente para bajar y subir escaleras |

TOTAL BARTHEL

90

ANALISIS Y TRATAMIENTO X937 AGRESION CON DISPARO DE ARMA CORTA, GRANJA Presuntivo
 G832 MONOPLEJIA DE MIEMBRO SUPERIOR

paciente con secuelas definitivas en extremidad superior izquierdo muestra deformidad , limitaciones articulares paciente adaptado a su condición discapacidad sensitivo motora de la extremidad superior izquierda se entrega orden para certificación

REMISIÓN DEL MEDICO TRATANTE A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD PARA
 ACCEDER A LA ORDEN PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1239 de 2022, el médico tratante del prestador de servicios de salud de la red de la EPS debe elaborar al solicitante del procedimiento de certificación de discapacidad la remisión para acceder a la orden (autorización) que debe expedir la dirección territorial de salud y poder acceder al procedimiento de certificación de discapacidad. Por lo anterior, diligencie la información que a continuación se indica, para que el solicitante pueda presentarlo ante la secretaría de Salud del departamento, distrito o municipio donde reside para dar trámite a la ruta correspondiente para obtener el certificado de discapacidad e inclusión en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|---------|-----------------------------|---|
| Médicos | 30/09/2024 3:20:45 p. m. | monoplejia traumática extremidad superior izquierda |

| | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Fumador | Medida Fumador | 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 G P A C V E M

EXAMENES

| Código | Nombre |
|--------|--------|
| | |

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

| Código | Nombre |
|--------|---|
| 890364 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION |

Observación: cita control en 6 meses

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

| Tipo diagnostico | Código | Nombre | Diagnóstico |
|-----------------------|--------|--|---|
| Impresion_Diagnostica | X937 | AGRESION CON DISPARO DE ARMA CORTA, GRANJA | <input type="checkbox"/> Principal |
| Impresion_Diagnostica | G832 | MONOPLEJIA DE MIEMBRO SUPERIOR | <input checked="" type="checkbox"/> Principal |

Causa Externa: Enfermedad_General

Finalidad Consulta: No_Aplica

| CUM | Nombre | Concentración | Presentación | Cantidad |
|-----|--------|---------------|--------------|----------|
| | | | | |

Vía de administración: Duración: Días

Indicación:

INDICACIONES MEDICASREMISIÓN DEL MEDICO TRATANTE A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD PARA
ACCEDER A LA ORDEN PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1239 de 2022, el médico tratante del prestador de servicios de salud de la red de la EPS debe elaborar al solicitante del procedimiento de certificación de discapacidad la remisión para acceder a la orden (autorización) que debe expedir la dirección territorial de salud y poder acceder al

Nombre reporte : HCRPHistoBase

3

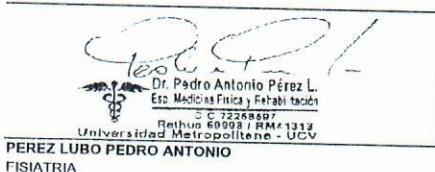
Usuario: 722585'

procedimiento de certificación de discapacidad. Por lo anterior, diligencie la información que a continuación se indica, para que el solicitante pueda presentarlo ante la secretaría de Salud del departamento, distrito o municipio donde reside para dar trámite a la ruta correspondiente para obtener el certificado de discapacidad e Inclusión en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

| Código | Nombre |
|--------|--------|
| | |

Observación:



PEREZ LUBO PEDRO ANTONIO

FISIATRIA

72258597

o 72258597

Nombre reporte : HCRPHistoBase

4

Usuario: 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 | 88177605 |
| NOMBRES | REYNEL |
| APELLIDOS | CARRASCAL TORRES |
| 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 | 01/01/2020 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

Fecha de Impresión: 10/01/2024 09:04:06 | 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: 01/10/2024
Ficha: 54874351559200004436

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: REYNEL

Apellidos: CARRASCAL TORRES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 88177605

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2021

Última actualización ciudadano: 12/09/2024

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 |

SERVICIOS NORTE DE SANTANDER
CENTRALES ELECTRICAS DEL NORTE
DE SANTANDER S.A. E.S.P.
NIT: 890500514

NÚMERO TRANSACCION: 20227182
FECHA: 26/09/2024 HORA: 10:11:24
VENDEDOR: 60413983
OFICINA V ROSARIO
NTT: 890501734-7

CÓDIGO SEGURIDAD
(373613536%)

RECAUDO CENS PREPAGO
REFERENCIA: 37150357863
COMPRA: 5438107
ESTRATO: 1
USO: RESIDENCIAL

PIN: 39992426113519834460

NOM. CLIENTE: REYNEL CARRASCO TORRES
DIRECCIÓN: CLL 1N 15 - INT. 1
BARRIO: 1415-SAN GREGORIO
MUNICIPIO: 54374-VILLA DEL ROSARIO
DEPARTAMENTO: 54-NORTE DE SANTANDER

NUM. CLIENTE: 627818
MEDIDOR: 37150357863
VALOR VENTA: \$10,000
VALOR PRECARGA: 0
KW/H: 22
TARIFA: 960.0577
KW/H SUBS: 22
SUBSIDIO: -12554
CONTRIBUCIÓN: 0
APL DEU: 1000
SALDO: 149876
APL ASEO: 0
SALDO ASEO: 0
DPE ASEO: DIBUJO ASEO NORTE DE SANTANDER
GAS ESP.
TEL. DPE ASEO: 018000250096
FECHA PAGO: 26/09/2024 HORA: 10:11:23
CONSERVE ESTE TIQUETE.

ES EL ÚNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **60.412.027**

RUEDAS TORRES

APELLIDOS

ROSMIRA

NOMBRES

RosMIRARUEDA*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

15-MAR-1978

**EL TARRA
(NORTE DE SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

21-NOV-1997 VILLA DEL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO



A-2510000-00999432-F-0060412027-20180424

0060909726A 1

9904050746