

**CC 1005028145 GIELY DE DIOS PEREZ GALLO**

## 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**

1.005.028.145

PEREZ GALLO

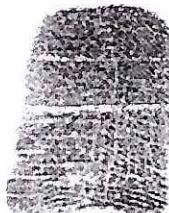
卷之三

GIELY DE DIOS

卷之三



129 p.m. ✓



FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-2002

## CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)

**LUGAR DE NACIMIENTO**

1

0+

F

### **ESTATURA**

Q.S. RW

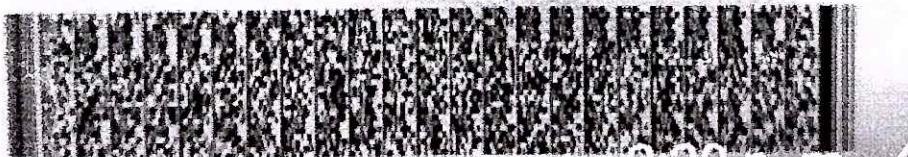
SEXO

10-FEB-2021 VILLA DEL ROSARIO

**FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN**

REGISTRAR STRATEGIA  
ESTERNA VIGA POCHE

LAW OF RECORD



2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

00737-229 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 ACTUAL**

CONTROL 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/m<sup>2</sup>): 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 RESPIATORIA, 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 BLANCO,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

**Ánalisis**

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, SÍSCOPE, 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.

JAIME ENRIQUE UREÑA ESTEVEZ  
PT : 13479271  
MEDICO GENERAL  
Tarjeta Profesional: 13479271

2  
RMI: 1417  
CC: 13.479.271.



Página 1 de 1  
Historia clínica 1005028145

<b>IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.</b>	<b>FORMULACIÓN</b>		
NIT 900257281-1	Dirección AV 2E # 5-35 LA CEIBA		
Teléfono 5777177 - 5777188 - Email GERENCIA@IPSMEDCARE.COM 5777199			
Identificación CC <b>1005028145</b>	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
E-mail	Departamento NORTE DE SANTANDER	Teléfono 3188450095 -
Responsable	Parentesco	Teléfono

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, EXPLICO IMPORTANCIA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO, SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS, DOLOR PRECORDIAL, PALPITACIÓN, DISNEA, EDEMA, CEFALÉA, MAREO, EMESIS, SINCOPE, FATIGA, FIEBRE, DIARREA, DOLOR ABDOMINAL, CAÍDAS, FAMILIAR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Vigencia 30 días.

Fecha de impresión 16-11-2023 17:29

JAIME ENRIQUE UREÑA ESTEVES  
PT : 13479271  
MEDICO GENERAL  
Tarjeta Profesional: 13479271

**EVOLUCIONES**

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 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@homail.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/m <sup>2</sup> ) 16.65			

**Diagnóstico nutricional**

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

Código	Diagnóstico	Observación	Tipo	Principal
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA 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

IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.

Página 2 de 2

Historia clínica 1005028145

NIT 900257281-1

Dirección AV 2E # 5-35 LA CEIBA

Teléfono 5777177 - 5777188 -

Email GERENCIA@IPSMEDCARE.COM

5777199

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. PREFERIBLMENTE CONSUMA FRUTAS ENTERAS Y NO EN JUGO, PARA TENER UN MAYOR APORTE 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

<b>Fecha de Impresión:</b>	08/15/2024 13:55:03	<b>Estación de origen:</b>	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



Sistema de Identificación de  
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

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:**

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

**Teléfono:**

5701220 - 5700873 - 5700317

**Correo Electrónico:**

sisben@villarosario.gov.co



