

## 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: G401-F813 - RECURSOS PROPIOS

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1304362

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.090.431.852**

**PEREZ VARGAS**

APPELLIDOS

**NICOLAS DAVID**

NOMBRES

Nicolás David Pérez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-2009**

**CUCUTA**  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**14-MAR-2027**

**A.+**

**M**

FECHA DE VENCIMIENTO

**G.S. H.H.**

SEXO

**20-DIC-2016 VILLA DEL ROSARIO**

FECHA Y LUGAR DE LA PEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

XAVIER CARLOS GALINDO VACA

CLAVE DE REGISTRO



P-2510010-00875265-M-1090431852-20161230

0052980866A 1 6974240583



NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta  
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311  
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com



## ATENCIÓN POR NEUROLOGÍA

### DATOS PERSONALES

Nº Atención: 16,73

Ciudad: CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) 22/02/2025 - 01:01 P. M. Fecha Atención: 22/02/2025 01:01:31 p. m.  
TI: 1090431852 Nombres y Apellidos: PEREZ VARGAS NICOLAS DAVID Fecha de Nacimiento: 01/01/2020 Edad: 5 AÑOS 1 MESES 22 DÍA  
Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: NA Teléfono: Celular:  
Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. Ocupación: NA Acudiente: MADRE  
Teléfono del Acudiente: 00 Parentesco: MADRE

### MOTIVO DE CONSULTA

NEUROLOGÍA PEDIATRICA CONTROL  
MADRE: DAYANA VARGAS  
PROcede: VILLA DEL ROSARIO  
EDAD: 15 AÑOS  
ESCOLARIZADO NOVENO – INCLUSION

### ENFERMEDAD ACTUAL

MADRE ALTERADA PORQUE LA CITA SE RETRASO, SE EXPLICA QUE HUBO INCONEVIENENTES CON LLEGADA DE VUELO DE BOGOTA, PERO NO ATIENDE EXPLICACIONES.  
ERA VISTO EN PROMONORTE  
DX:  
TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES – CIT 75  
TDAH

### NO RECIBE TERAPIAS DESDE MAYO 2024

REFIERE DE NOCHE TIENE EPISODIOS QUE DICE SE SIENTA, SE PONE RIGIDO, SE TIRA DE LA CAMA, A VECES GOLPEA LA PARED, EN OCASIONES ABRE LOS OJOS, A VECES OJOS CERRADOS, EPISODIOS QUE DURAN DE 3 MINUTOS HASTA 5 MINUTOS. AL CEDER DICE QUE QUEDA DORMIDO, TRANQUILO.

AL SGTE DIA NO RECUERDA LO QUE HA PASADO

ESTO OCURRE 3 VECES A SEMANA O HASTA MAS. LA FRECUENCIA HA AUMENTADO DESDE HACE 3 MESES, ANTES ERAN MAS SEGUIDOS.

ADEMÁS DESDE HACE 1 AÑO NOTAN EPISODIOS DE DESCONEXIÓN, DICE QUEDA CON MIRADA PERDIDA DE POCOS SEGUNDOS DE DURACIÓN.

RECIBIO ACIDO VALPROICO 8 MESES HASTA 10 AÑOS

ESTA PDTE ESTUDIOS DE ENOCRINO PARA PUBERTAD TARDIA

—TRAЕ REPORTES:

09/10/2024 TRAZADO ANORMAL EN VIGILIA POR ACTIVIDAD GENERALIZADA 4 Hz – SE OBSERVA TRAZADO CON BROTES GENERALIZADOS

DICE QUE ALGUNA VEZ TUVO RM CEREBRAL, PERO NO LA TIENE

WISC IV NOV 2024: CV 73 RP 84 MT 94 VP 73 CIT 75 – DISARMONICO

—ANTECEDENTES

PERINATALES: CUARTA GESTACIÓN, NACE A TERMINO, CESAREA POR PODALICO. SIN COMPLICACIONES LLANTO ESPONTANEO ADAPTACION ESPONTANEA, NO UCIN.

PX CONVULSION A LOS 6 MESES HASTA LOS 6 AÑOS, SIN FIEBRE – DESCRIPTAS TONICAS.

QX NIEGA

FAMILIA: NIEGA

DESARROLLO: CAMINO 18 MESES, LENGUAJE INICIA DESPUES DEL AÑO Y AVANZO LENTO.

PC 56 CM PESO 56.4 KG

SIMETRIA FACIAL

LENGUAJE NORMAL

MARCHA NORMAL

RMT +/++/++

### OBJETIVO

NO APlica

### EXÁMENES PARACLINICOS PREVIOS

NO APlica

CÓDIGO	DIAGNÓSTICOS	ORIGEN	TIPO
F813	TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	ENFERMEDAD GENERAL	2 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO
G401	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES	ENFERMEDAD GENERAL	2 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO

#### ANÁLISIS Y PLAN DE TRATAMIENTO

PACIENTE DE 15 AÑOS CON HISTORIA DE RETRASO EN NEURODESARROLLO, EPILEPSIA QUE AL PARECER HABIA REMITIDO, PERO AHORA PRESENTA EVENTOS EN SUEÑO, SIN MUCHA CLARIDAD SI CORRESPONDEN A PARASOMNIAS O SI SON CRISIS NOCTURNAS FOCALES, ADEMÁS PRESENTA AL PARECER AUSENCIAS? ADEMÁS HAY TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES CON CIT 75. TRAE EEG ALTERADO CON ACTIVIDAD GENERALIZADA, POR LO CUAL CONSIDERO REINICIAR MANEJO CON VALPROICO. SE DEJAN ESTUDIOS DE EXTENSION CONTROL.

DEJO ORDEN DE TERAPIA OCUPACIONAL, LENGUAJE ANTE DISLALIAS MULTIPLES IDENTIFICADAS ADICIONALES Y PSICOLOGIA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

SS RM CEREBRAL CON SEDACION

SS VIDEO EEG DE 6 HORAS

TRAER ESTUDIOS PREVIOS.

GRABAR EVENTOS

CONTROL EN 4 MESES

#### ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	CANT	FECHA CREACIÓN
VALPROICO ACIDO 250 MG CAPSULA	1 CADA 12 HORAS DURANTE 60 DÍAS.	120	22/02/2025 01:28:17 p. m.

#### ORDEN A SERVICIOS N° 1

NOMBRE DEL SERVICIO	CANT	FECHA CREACIÓN
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	1	22/02/2025 01:23:07 p. m.

#### ORDEN A SERVICIOS N° 2

NOMBRE DEL SERVICIO	CANT	FECHA CREACIÓN
[891901] MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO	1	22/02/2025 01:23:23 p. m.

#### ORDEN A SERVICIOS N° 3

NOMBRE DEL SERVICIO	CANT	FECHA CREACIÓN
RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO [883101]	1	22/02/2025 01:23:40 p. m.
SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO --998702	1	22/02/2025 01:23:46 p. m.

#### ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD	MOTIVO DE LA REMISIÓN	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

#### MÉDICO

Firma:

Nombre:

FERNANDEZ CRUZ LAURA XIMENA

R. M.:

1081153290

#### PACIENTE

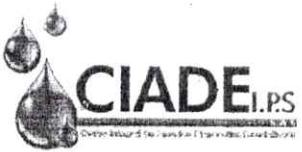
Firma:

Nombre:

PEREZ VARGAS NICOLAS DAVID

TI:

1090431852



NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta  
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311  
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com

## ORDEN A SERVICIOS

22 | 02 | 2025

Nº Identificación: TI 1090431852 Nombre del Paciente: PEREZ VARGAS NICOLAS DAVID Edad: 5 AÑOS 1 EPS: COOSALUD

CIE 10: [F813] TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, [G401] EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES

[CUPSI], Nombre del Servicio, Presentación, Cantidad Prescrita

R.

- 1 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO [883101] (1)  
CON SEDACION

2 SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO -898702 (1)

*[Signature]*  
2012-08-22  
S. S. 100-1234567890

FERNANDEZ CRUZ LAURA XIMENA

B.M. 1081153290 - Firmado Electrónicamente

Especialidad: NEUROLOGA PEDIATRA

http://www.kci.go.kr/104351462001

Software para el sector salud - [www.biofile.com.co](http://www.biofile.com.co)

FGA.CC-39 v.01

1 de 2

Folio



NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta  
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311  
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com

ORDEN A SERVICIOS

22 02 2025

Nº Identificación: TI 1090431852 Nombre del Paciente: PEREZ VARGAS NICOLAS DAVID Edad: 5 AÑOS 1 EPS: COOSALUD

CIE 10: [F813] TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, [G401] EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS  
RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES

[CUPS], Nombre del Servicio, Presentación, Cantidad Prescrito

R/

1 [890375] CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA (1)  
4 MESES

Especialidad: NEUROLOGA PEDIATRA

FERNANDEZ CRUZ LAURA XIMENA

R.M. 1081153290 - Firmado Electrónicamente.



NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta  
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311  
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com

ORDEN A SERVICIOS

22 02 2025

Nº Identificación: TI 1090431852 Nombre del Paciente: PEREZ VARGAS NICOLAS DAVID Edad: 5 AÑOS 1 EPS: COOSALUD

CIE 10: [F813] TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, [G401] EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS  
RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES

[CUPS]. Nombre del Servicio. Presentación. Cantidad Prescrita.

R/

1 [891901] MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO (1)  
6 HORAS, LECTURA DE EPILEPTOLOGO O NEUROLOGIA

Especialidad: NEUROLOGA PEDIATRA

FERNANDEZ CRUZ LAURA XIMENA

R.M. 1081153290 - Firmado Electrónicamente.



NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta  
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311  
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com

ORDEN A SERVICIOS

22 02 2025

Nº Identificación: TI 1090431852 Nombre del Paciente: PEREZ VARGAS NICOLAS DAVID Edad: 5 AÑOS 1 EPS: COOSALUD

CIE 10: [F813] TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, [G401] EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS  
RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES

[CUPS], Nombre del Servicio, Presentación, Cantidad Prescrita.

R/

1 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO [883101] (1)

CON SEDACION

2 SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO -998702 (1)

FERNANDEZ CRUZ LAURA XIMENA

R.M. 1081153290 - Firmado Electrónicamente.

Especialidad: NEUROLOGA PEDIATRA

Impreso el 22/92/2025 - 17740 p.m

Software para el sector salud - www.bioffle.com.co



NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta  
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311  
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com

FÓRMULA MÉDICA

22 02 2025

Nº Identificación: TI 1090431852 Nombre del Paciente: PEREZ VARGAS NICOLAS DAVID Edad: 5 AÑOS 1 M EPS: COOSALUD

CIE 10: [F813] TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, [G401] EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS  
RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES

[CUPS]. Nombre del medicamento, presentación, forma farmacéutica, vía de administración, dosis y duración del tratamiento.	Cantidad Prescrita
R/ 1. VALPROICO ACIDO 250 MG CAPSULA 1 CADA 12 HORAS DURANTE 60 DÍAS.	120 CIENTO VEINTE

FERNANDEZ CRUZ LAURA XIMENA  
R.M. 1081153290 - Firmado Electrónicamente.

Recibido:

Teléfono:

Dirección:

Especialidad: NEUROLOGA PEDIATRA



## 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	1090431852
NOMBRES	NICOLAS DAVID
APELLIDOS	PEREZ VARGAS
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	BENEFICIARIO

Fecha de impresión: 06/17/2025 | Estación de origen: 14:12:48 | 2801:12:c800:2070::1

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 novedad que haya

Registro válido

Fecha de consulta:

17/06/2025

Ficha:

54874053548300000174

A3

### Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

**Nombres:** NICOLAS DAVID

**Apellidos:** PEREZ VARGAS

**Tipo de documento:** Tarjeta de identidad

**Número de documento:** 1090431852

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:**

22/08/2019

**Última actualización ciudadano:**

09/04/2024

**Última actualización vía 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





