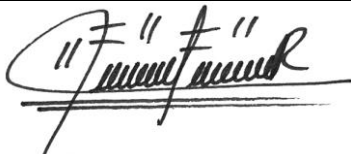


 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
--	--	---

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	FELICIANO MONTAÑO
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	12.902.417 de Tumaco
Edad	78 años
Género	Masculino
Dirección	Calle 12N #12-41 Barrio Veinte de Julio
Teléfono fijo	3244604254
No. de Celular (2 números si es posible)	No tiene
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	No tiene
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (X) No Aplica: ()
Nombre Completo del Representante	DAYSÍ GENOVEVA GODOY OLMEDO
Parentesco de la PcD	Esposa
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	59.663.515 de Tumaco
Teléfono fijo y/o No. de celular	3244604254
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)	844523
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dx's o Dx relacionado con la discapacidad)	H540 – G430 – G440
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: <u> X </u> Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleane 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	

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 SECRETARIA DE DEFENSA

12.902.417

MONTANO

FELICIANO

Feliciano



FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1946

ZABALETA (CASERIO BAJO INDA)

TUMACO (NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

18-ABR-1969 TUMACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


INCOE CSRECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ANGEL GARCIA TORRES

A-3100100-00141825-M-0012902417-20081223

0009862487A 1

9925196447

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

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Montano	feliciano	CC	12902417
Edad: 77	Estado Civil: Casado	Escolaridad: Primaria	Género: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Dirección: Cll 32 N° 12-41 B. 20° Julio U/Pio		Teléfono: 324/4604254	

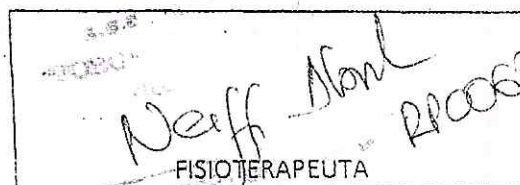
FECHA: AÑO: 2024 MES: 01 DIA: 31

DIAGNÓSTICO: Ceguera Binocular (H540) Migraña (E430)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Síndrome Cefalea (E440)

Paciente quien hace aprox 1 año se le diagnós-
tico Glaucoma Bilateral que le generó Ceguera per-
manente bilateral, adjuuto presenta Migraña y Ce-
falea que genera desacomodamiento físico,
Insomnio y limitación generalizada.
A la Valoración presenta trastorno de la fijación
y el seguimiento visual, prueba Romberg ⊕, Marcha
Inestable con bastón.
Requiere Acompañamiento permanente
Dependiente de todas las Actividades de la Vida
Diaria.

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD VISUAL SEVERA



Fecha Actual : viernes, 19 julio 2024



SALUD SOCIAL S.A.S.
Direccion Calle 5 # 0-11 Lleras
Telefono 605 385 5032
MEDICINA GENERAL
HISTORIA CLINICA GENERAL

N° Historia Clínica: 12902417

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: FELICIANO MONTAÑO
Fecha Nacimiento: 02/diciembre/1946 Edad Actual: 77 Años / 7 Meses / 17 Días ID de Genero: Masculino Raza: MESTIZO Estado Civil: Soltero
Dirección: CALLE 12 N12-41/ 20 DE JULIO
Barrio: 20 DE JULIO
Ocupación:
Identificación: Cédula Ciudadanía 12902417 Sexo: Masculino
Teléfono: 3244604254
Procedencia: VILLA DEL ROSARIO
Correo Electronico: noresponder@previsalud.com.co

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO SUBSIDIADO Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)
Tipo de contrato: Factura_Global Tipo: Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 7

(Fecha: 18/10/2023 10:25 a. m.)

Acompañante:

Parentesco:

Teléfono Acomp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 904388 Fecha: 18/10/2023 9:48:18 a. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

NO DUERME NADA

Enfermedad Actual

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CEGUERA BILATERAL, ACUDE ACOMPAÑADO DE FAMILIA ESPOSA A CONTROL, REFIERE PERSISTENCIA DE INSOMNIO PESE A TRATAMIENTO CON PREGABALINA, ADEMÁS PACIENTE REFIERE DOLOR ORBITARIAL DERECHO QUE SE IRRADIA A ZONA DE CRANEO CONTROL, PARIETAL Y OCCIPITAL TIPO PUNTADA QUE NO MEJORA PESE A MANEJO CON PROPRANOLOL. NIEGA NAÚSEAS, NIEGA VÓMITO. PACIENTE ACTUALMENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, NIEGA NAÚSEAS, NIEGA VÓMITO, TOLERANDO VÍA ORAL.

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	No refiere
Sistema endocrino	No refiere
Sistema linfático	No refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras)	No refiere

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1193213058

Fecha Actual : viernes, 19 julio 2024

TAS: 120 /TAD: 80 TAM: 93 NORMAL FC: 74 FR 17 TEMP. 36,50 SO2 98
Peso (Kg) 70,0 Talla (Cms) 175 I.M.C. PESO NORMAL
Escala del Dolor 0 Riesgo OM:

EXÁMEN FÍSICO

Estado general:

BUENAS CONDICIONES GENERALES, FACIE COMPUESTA, ESTADO NUTRICIONAL EN SOBREPESO, SE MOVILIZA CON BASTÓN, ASISTIDO POR FAMILIAR DEBIDO A CEGUERA, COLABORADOR. NORMOCÉFALO, PUPILAS ISOCÓRICAS, REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS NORMOHIDRATADAS, CUELLO MÓVIL, AUSENCIA DE DOLOR A LA MOVILIZACIÓN, SIN ADENOPATÍAS, SIN MASAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR. TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SE AUSCULTAN RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, AUSENCIA DE SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO SE AUSCULTAN ESTERTORES. BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA, NO MASAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15. EUTRÓFICAS, SIN PRESENCIA DE EDEMA, NO PRESENCIA DE ULCERAS. BUENA COLORACIÓN, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, SIN LESIONES APARENTES.

Cabeza, cara, cuello:

Torax

Abdomen:

Extremidades superiores:

Extremidades inferiores:

Región lumbosacra:

Genitourinario:

Sistema nervioso central:

Piel y faneras:

ESCALA DE BARTHEL

Comer:

Lavarse:

Vestirse:

Arreglarse:

Deposiciones:

Micción:

Usar el Retrete:

Trasladarse:

Deambular:

Escalones:

TOTAL BARTHEL

0

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CEGUERA BILATERAL, ACUDE ACOMPAÑADO DE FAMILIA ESPOSA A CONTROL, REFIERE PERSISTENCIA DE INSOMNIO PESE A TRATAMIENTO CON PREGABALINA, ADEMÁS PACIENTE REFIERE DOLOR ORBICULAR DERECHO QUE SE IRRADIA A ZONA DE CRANEO CONTROL, PARIETAL Y OCCIPITAL TIPO PUNTADA QUE NO MEJORA PESE A MANEJO CON PROPRANOLOL, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA VÓMITO, PACIENTE ACTUALMENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA VÓMITO, TOLERANDO VÍA ORAL. IDX: CEFALEA, INSOMNIO, DOLOR OCULAR, CEGUERA BILATERAL, SE INDICA PREGABALINA 150 MG VÍA ORAL CADA NOCHE, PIRIDOXINA 50 MG CADA DÍA, SE SOLICITA VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA, SE SOLICITA VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Nombre reporte : HCRPHistoBase

27
Usuario: 1193213068

Fecha Actual : viernes, 19 julio 2024

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Quirúrgicos	12/11/2022 7:30:32 a. m.	prostata
Familiares	12/11/2022 7:30:32 a. m.	padre- cancer
Médicos	2/09/2023 10:30:07 a. m.	CEGUERA BILATERAL

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 G P A C V E M
FUP

EXAMENES

Código

Nombre

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

Código

Nombre

890274

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

Observación:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

890276

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

Observación:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
Impresion_Diagnostica	H540	CEGUERA BINOCULAR	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	G430	MIGRANA SIN AURA (MIGRANA COMUN)	<input type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	G440	SINDROME DE CEFALEA EN RACIMOS	<input type="checkbox"/> Principal

Nombre reporte : HCRPHistoBase

3/7
Usuario: 1193213068

Fecha Actual : viernes, 19 julio 2024

Impresión_Diagnostica G470 TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO ☐ Principal
[INSOMNIOS]

Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Enfermedad_General

MEDICAMENTOS					
CUM	Nombre			Concentración	Cantidad
20039014-11	PREGABALINA 150 MG CAPSULA			150 MG	90 CAPSULA
Via de administración:		Oral	Duración:	90 Dias	
Indicación:		1 TAB CADA NOCHE			
20095530-02	PIRIDOXINA 50 MG TABLETA			50 MG	90 TABLETA
Via de administración:		Oral	Duración:	90 Dias	
Indicación:		1 TAB AL DIA			

INDICACIONES MEDICAS

SE INDICA PREGABALINA 150 MG VÍA ORAL CADA NOCHE
PIRIDOXINA 50 MG CADA DIA
SE SOLICITA VALORACION POR NEUROLOGÍA
SE SOLICITA VALORACION POR OFTALMOLOGÍA

1. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES: HACE ENFASIS EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BAJA EN SAL, DULCE, GRASAS, HARINAS, REEMPLAZAR LA COMIDA FRITA POR LA COCIDA, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE ACUERDO A LA EDAD Y CONDICIÓN DE SALUD, CONTROL DEL PESO.
2. SE DAN RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN DEL COVID-19: DISTANCIAMIENTO SOCIAL, USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, TOSER Y ESTORNUDAR EN ANGULO INTERNO DEL CODO.
3. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA ANTE LOS CUALES DEBE CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS: PRESENCIA DE SENSACIÓN DE AHOGO, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR ABDOMINAL, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA, PERDIDA DE LA FUERZA EN EL CUERPO O PARÁLISIS, FIEBRE MAYOR A 38°C, VÓMITOS ABUNDANTES EN NÚMERO Y CANTIDAD.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Código	Nombre
--------	--------

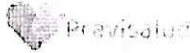
Observación:

JOSMAN CHIA
MEDICINA GENERAL

CHIA CHIA JOSMAN ANTONIO
MEDICINA GENERAL
1090499087 o 1090499087

Nombre reporte : HCRPH'stoBase

4/7
Usuario: 1193213058

**SALUD SOCIAL S.A.S.**

Dirección Calle 5 # 0-11 Lleras
Teléfono 605 385 5032

MEDICINA GENERAL**HISTORIA CLINICA GENERAL**

Nº Historia Clínica: 12902417

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: FELICIANO MONTAÑO Identificación: Cedula Ciudadania 12902417 Sexo: Masculino
 Fecha Nacimiento: 02 diciembre 1946 Edad Actual: 76 Años 10 Meses 16 Dias ID de Genero: Masculino Raza: WESTNO Estado Civil: Soltero
 Dirección: CALLE 12 N12-417 20 DE JULIO Teléfono: 3244604254
 Barrio: 20 DE JULIO Procedencia: VILLA DEL ROSARIO
 Ocupación: Correo Electronico: noresponder@previsalud.com.co

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Régimen: Régimen Simplificado
 Plan Beneficios: COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO SUBSIDIADO Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACION EN POBREZA EXTREMA)
 Tipo de contrato: Factura_General Tipo: Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 7

(Fecha: 18/10/2023 10:25 a. m.)

Acompañante:

Parentesco:

Teléfono Acomp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 904388 Fecha: 18/10/2023 9:48 18 a. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

NO DUERME NADA

Enfermedad Actual

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CEGUERA BILATERAL. ACUDE ACOMPAÑADO DE FAMILIA ESPOSA A CONTROL. REFIERE PERSISTENCIA DE INSOMNIO Pese a tratamiento con PREGABALINA. ADEMÁS PACIENTE REFIERE DOLOR ORBITAL QUE SE IRRADIA A ZONA DE CRANEO CONTROL, PARIETAL Y OCCIPITAL TIPO PUNTADE QUE NO MEJORA Pese a manejo con PROPRANOLOL. NIEGA NAUSEAS, NIEGA VOMITO. PACIENTE ACTUALMENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. NIEGA NAUSEAS, NIEGA VOMITO, TOLERANDO VIA ORAL.

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	No refiere
Sistema endocrino	No refiere
Sistema linfático	No refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras)	No refiere

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

TAS: 120 /TAD: 80 TAM: 93 NORMAL FC: 74 FR 17 TEMP. 36.50 SO2 98
 Peso (Kg) 70.0 Talla (Cms) 175 I.M.C. PESO NORMAL
 Escala del Dolor 0 Riesgo OM:

EXÁMEN FÍSICO

Estado general: BUENAS CONDICIONES GENERALES. FACIE COMPUESTA. ESTADO NUTRICIONAL EN SOBREPESO. SE MOVILIZA CON BASTÓN ASISTIDO POR FAMILIAR DEBIDO A CEGUERA COLABORADOR.
 NORMOCEFALO. PUPILAS ISOCÓRICAS REACTIVAS A LA LUZ. MUCOSAS NORMO-HIDRATADAS. CUELLO MOVIL. AUSENCIA DE DOLOR A LA MOVILIZACIÓN SIN ADENOPATIAS. SIN MASAS SIN INGURGITACIÓN YUGULAR.
 TORAX SIMETRICO. NORMOEXPANSIBLE. SE AUSCULTAN RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS. AUSENCIA DE SOPLOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. NO SE AUSCULTAN ESTERTORES.
 BLANDO. NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA. NO MASAS. NO MECALIAS. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
 ALERTA. CONSCIENTE. ORIENTADO. SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.
 EUTRÓFICAS. SIN PRESENCIA DE EDEMA. NO PRESENCIA DE ULCERAS.
 BUENA COLORACIÓN. LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS. SIN LESIONES APARENTES.

Cabeza, cara, cuello:
 Torax
 Abdomen:
 Extremidades superiores:
 Extremidades inferiores:
 Región lumbosacra:
 Genitourinario:
 Sistema nervioso central:
 Piel y faneras:

ESCALA DE BARTHEL

Comer:
 Lavarse:
 Vestirse:
 Arreglarse:
 Deposiciones:
 Micción:
 Usar el Retrete:
 Trasladarse:
 Deambular:
 Escalones:

TOTAL BARTHEL
0

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CEGUERA BILATERAL. ACUDE ACOMPAÑADO DE FAMILIA ESPOSA A CONTROL. REFIERE PERSISTENCIA DE INSOMNIO Pese a TRATAMIENTO CON PREGABALINA. ADEMÁS PACIENTE REFIERE DOLOR ORBITARIO DERECHO QUE SE IRRADIA A ZONA DE CRANEO CONTROL, PARIETAL Y OCCIPITAL TIPO PUNTADA QUE NO MEJORA Pese a MANEJO CON PROPRANOLOL. NIEGA NAUSEAS, NIEGA VÓMITO. PACIENTE ACTUALMENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. NIEGA NAUSEAS. NIEGA VÓMITO. TOLERANDO VIA ORAL. IDA. CEFALEA. INSOMNIO. DOLOR OCULAR. CEGUERA BILATERAL SE INDICA PREGABALINA 150 MG Vía ORAL CADA NOCHE, PIRIDOXINA 50 MG CADA DIA. SE SOLICITA VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA. SE SOLICITA VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA.

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Quirúrgicos	12/11/2022 7:30:32 a.m.	prostate
Familiares	12/11/2022 7:30:32 a.m.	padre- cancer
Médicos	2003 7/23 10:30:07 a.m.	CEGUERA BILATERAL

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

Identifica	G	P	A	C	V	E	M
PUP							

EXAMENES

Código	Nombre
--------	--------

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Código	Nombre
--------	--------

890274 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

Observación:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

890276 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

Observación:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
Impresión_Diagnostica	H540	CEGUERA BINOCULAR	✓ Principal
Impresión_Diagnostica	G439	MIGRANA SIN AURA [MIGRANA COMUN]	Principal
Impresión_Diagnostica	G440	SINDROME DE CEFALEA EN RACIMOS	Principal



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	12902417
NOMBRES	FELICIANO
APELLIDOS	MONTAÑO
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	07/07/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:08/05/202419:11:35

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:

05/08/2024

Ficha:

54874058548700000011

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: FELICIANO

Apellidos: MONTAÑO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 12902417

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

22/09/2021

Última actualización ciudadano:

22/09/2021

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:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

Los vocales de control social son representantes de los usuarios de los servicios públicos domiciliarios frente a las empresas prestadoras, entes territoriales y otras empresas del sector.



Felicitemos a los 5 municipios ganadores de Encendamos la Alegría 2021

- Cáchira ➤ Duranía
- La Playa de Belén
- Santo Domingo de Silos
- Salazar de las Palmas

Te invitamos a visitar estos municipios y conocer los espectaculares auribombos navideños que alegrarán sus calles en la época decembrina

El mejor regalo de navidad es disfrutar esta época junto a nuestros seres queridos, lleva a todos los que te rodean tu mejor energía y disfruta de estas fiestas con amor, paz y alegría.

Feliz Navidad y próspero año nuevo te desea CENS Grupo epm

Consejos para ahorrar energía



Plancha una vez por semana



Apaga el ventilador cuando no lo utilices



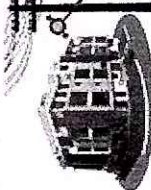
Reemplaza los bombillos tradicionales por ahorradores e LED

Si quieres conocer más información ingresa a: www.cens.com.co

Resolución RETE 9 0708

Lineas de alta tensión
Entre la fachada y la línea debe haber 1,7 metros de distancia

Lineas de media tensión
Entre la fachada y la línea debe haber 2,2 metros de distancia



21

Compensación Calidad del Servicio

Periodo Actual
1102396-De la Empresa

Periodo Retroactivo
Mes 1 Mes 2 Mes 3

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1

Mes 3

Mes 2

Mes 1



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

Con este número puede hacer trámites y pagos
Reporte daños y emergencias marcando gratis
Número de cliente: 106099
018000 414 115 ó al 115

Servicio de energía
Generación (G): 223.29
Transmisión (T): 38.06
Distribución (D): 235.51
Costo Unitario \$/KWh: 650.52
CU Opción Tarifa \$/KWh: 650.71
CONSILIANO SUBSISTENCIA: 173 kWh

Servicio de aseo
Empresa: X-SECO URBANO SAS E.S.P.
Sitio Web: www.xseco.com.co/urbe
Correo: co.servicio@xseco.com.co
Código de servicio: RESURB-AL
Frecuencia de servicio: 1
subs.cant (\$): 3784

Hogar y previsión
Concepto: POLIZA EGUAL LOS FILIOS 6/1
SALDO ANTERIOR: \$ 15,600
Valor Mes: \$ 15,600

Historio de consumo \$/KWh
Bar chart showing consumption history from JUN to NOV. Values range from 241 to 293 \$/KWh.

Costo Unitario
Bar chart showing unit costs from JUN to NOV. Values range from 0.0001 to 0.0811 \$/KWh.

Servicios Facturados
Total hogar y previsión: \$ 31,200

Información de consumo / Detalle del servicio de energía

Activa	Locales	MWh	Pasajeros	Lectura	LYA\$
Actual	7589	293			
Anterior	7296				

Consumo (Ton)

Mes	Consumo (Ton)	Tarifa (\$)
NOV	0.0781	15.021
OCT	0.0781	15.021
SEP	0.0781	15.139
AGO	0.0781	15.130
JUL	0.0781	15.638
JUN	0.0811	15.625

Valor Mes

3,784
2,605
782
9,269
2,939
92
126
67
606
2,528
18,868

Consumo Activo

Concepto	Valor Mes
SUBSIDIO	184,799
AJUSTE A LA DECEA	-55,468
INTERES MORA	4
INTERES FINANCIACION CONEXOS	459
CUOTA REV VARIAS/APROB SUMINI	614
SALDO ANTERIOR	61,042
	94,161

Consumo

SUBSIDIO ASEO	6,451.81
CONTRATACION POR SUSCRIPT.	
RECUPERACION DE APROVECHAMIENTO	
RECOLECCION Y TRANSPORTE	
BARRIDO Y LIMP DE AREAS PUBL.	
INTERES MORA ASEO	
LIMPIEZA URBANA	
TRATAMIENTO DE LIXIVIADOS	
VALOR BASE APROVECHAMIENTO	
DISPOSICION FINAL	
SALDO ANTERIOR	

Por tus servicios pagas

\$275,611
\$34,098
\$37,351
\$31,200
\$378,260

Estado Financiero y Diferidos

Nº de documento	Deuda Inicial	Tasa Interés	Cuentas Pend.	Deuda actual	Cuentas Fac.
15561390	61,012	1,0065	0	0	1

Impuesto alumbrado público

Concepto	Valor Mes
IMPUESTO ALUMBRADO PUBLICO	18,480
SALDO ANTERIOR	18,871

Actualizamos la factura de energía pensando en tu bienestar

Escanea con la cámara de tu celular el código QR para conocer las modificaciones.

¡Esto es lo que puedes hacer en nuestra línea gratuita!

018000 414 115

Per tus servicios pagas \$ 378,260

Verifica la identidad de un trabajador

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **59.663.515**

GODOY OLMEDO
APELLIDOS

DAYSI GENOVEVA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ENE-1962**

TUMACO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-NOV-1982 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMADEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1106400-36138754-F-0050603515-20050016 0577405259N 02 186970813