

CC 1092342740 GENESIS YURIMAR SANCHEZ PEREZ

## 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: G031 - Z810 - G409 - ASODICAP

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1131872



ESE Hospital

Jorge Cristo Sahium

Villa del Rosario

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES  
FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido <b>Sánchez</b>	2do. Apellido <b>Perez</b>	Nombres <b>Genesis Jurimor</b>	DOCUMENTO: <b>10912342740</b>
Edad : <b>3</b>	Estado Civil : <b>Soltero</b>	Escolaridad: <b>Primaria</b>	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: <b>CII 22 N°13-118 B. San Judas U/Rio</b>		Teléfono:	

FECHA: AÑO: **2023** MES: **01** DIA: **24**

DIAGNÓSTICO: **Meningitis (5031)**

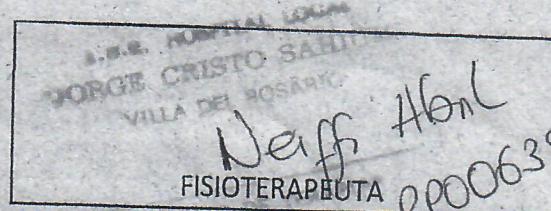
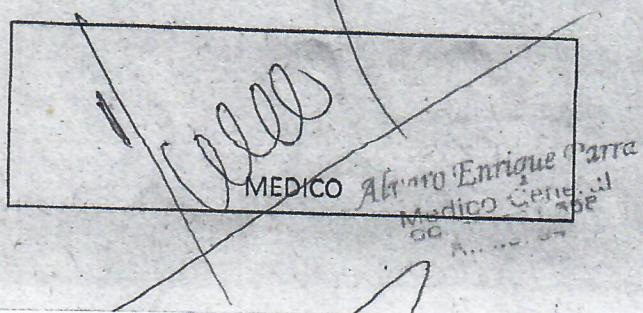
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: **Retardo Mental Moderado (2810)**

Paciente quien a los 3 meses de nacida presentó cuadro febril y convulsivo con lo que se le diagnosticó Meningitis occasionando Retardo mental moderado, trastorno cognitivo y del Aprendizaje. Al tacto presentó Diparesia espástica derecha (miembro inferior), marcha trendelenburg, Instabilidad Articular, dificultad para cumplir órdenes sencillas y complejas. No se ubica en tiempo y espacio, trastorno de la conducta y el comportamiento, conducta Agresiva ocasional.

Semi-dependiente Act. Básicas Cuidados

Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: **DISCAPACIDAD MÚLTIPLE SEVERA (Motor-Mental)**





**Clínica Medical Duarte**  
Trabajamos con sentido humano

### MEDICAL DUARTE ZF S.A.S

NIT: 900470642-9

Fecha : 16/02/2024 10:29:52 Atendio : 4302 - MANUEL FERNANDO SUAREZ GOMEZ

Identifi: CC 1092342740

Paciente: GENESIS YURIMAR SANCHEZ  
PEREZ

Edad : 34 Años Sexo :F HC : CC1092342740

Cliente : COOSALUD ENTIDAD  
PROMOTORA DE SALUD SA

Plan : COOSALUD EPS-S MAIS\_NEUROLOGICO

Tipo Afiliado: Beneficiario

Profesional: MANUEL  
FERNANDO SUAREZ GOMEZ

Especialidad: MEDICO GENERAL

### SOLICITUD DE SERVICIOS

#### DIAGNOSTICO(S):

G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

#### COMITE :

7738918 - 891901 - ( 1 )MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO

Tipo de i2½rden: Apoyos Diagnósticos

**GRUPO TARIFARIO: 16 - CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

**SUBGRUPO TARIFARIO: B6 - MEDICIONES ANATOMICAS, FISIOLOGICAS Y EXAMENES MANUALES DE SISTEMA  
NERVioso Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS**

Dr. Dímas

7738847 - 890274 - ( 1 )CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

Tipo de i2½rden: Apoyos Diagnósticos

**GRUPO TARIFARIO: 16 - CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

**SUBGRUPO TARIFARIO: B5 - ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACION [VALORACIÓN]**

Observaci2½n: VALORACION PRIORITARIA

Fechas 29 Febrero  
4:00PM

Sede Heras  
- revisión neurologia

MANUEL FERNANDO SUAREZ GOMEZ  
MEDICO GENERAL

Fecha impresion: 16/02/2024 10:48:27

Caso # 245961

COOSALUD E.P.S. S.A.  
En POSSE de tu Bienestar

16 FEB 2024

RECIBIDOS: *Reef*

FACTURACION

## EPICRISIS

PACIENTE: GENESIS YURIMAR SANCHEZ PEREZ	IDENTIFICACION: CC 1092342740	HC: 1092342740 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 26/5/1989	EDAD: 34 Años	SEXO BIOLOGICO: F TIPO AFILIADO: Beneficiario
RESIDENCIA: CL 22 CA 13 118 SAN JUDAS VILLA DEL ROSARIO CUCUTA NORTE DE SANTANDER(COLOMBIA)	NORTE DE SANTANDER-CUCUTA	TELEFONO: 6051234567
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE: WILSON SANCHEZ PEREZ	PARENTESCO: Otro Familiar	TELEFONO: 3118636078
FECHA INGRESO: 15/2/2024 - 21:35:11	FECHA EGRESO:	CAMA: OR04
DEPARTAMENTO: 010102 - URGENCIAS - MD	SERVICIO: URGENCIAS	
CLIENTE: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA	PLAN: COOSALUD EPS-S MAIS_NEUROLOGICO	

Imprimió: MANUEL FERNANDO SUAREZ GOMEZ - fernando.suarez

Fecha Impresión: 2024/2/16 - 10:46:43

### DATOS DEL INGRESO

#### ■ MOTIVO CONSULTA

REMITIDA DE VILLA DEL ROSARIO CON DIAGNOSTICO DE SINDROME CONVULSIVO"

#### ■ ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL ACTUAL

INGRESA PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE RETRASO PSICOMOTOR, CON EPISODIOS CONVULSIVOS, ACTUALMENTE INGRESA CON CUADRO CLINICO DE 9 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPISODIO TONICO CLONICO, SIN RELAJACION DE ESFINTERES, ASOCIADO A EPISODIO DE AGRESIVIDAD, HEMIPARESIA IZQUIERDA, TRATADO EN HOSPITAL CON FENITOINA 250 MGIV, DADO LO ANTERIOR SE DECIDE SU INGRESO PARA SU ATENCION Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

#### ■ ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES

ALERGICOS : No - NO REFIERE

#### ■ EXAMEN FISICO

HALLAZGOS:

CCC: MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NO PLACAS NO ERITEMA, NORMOCEFALO, PUPILLAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ Y ACOMODACION, ESLERAS ANICTERICAS, CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO, NO MASAS NO MEGALIAS.

CP : TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSR ADECUADO MURMULLO VESICULAR SIN AGREGADOS EN EL MOMENTO.

ABD : NO DISTENDIDO, RUIDOS PERISTALTICOS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EN EL MOMENTO NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.

EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR ADECUADO < 2 SEGUNDOS, PULSOS PRESENTES, SIN LIMITACION DE LA MOVILIDAD, .

NEU : ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, MOVILIZA 4 EXTREMIDADES, MOTRICIDAD Y SENSIBILIDAD DISMINUIDA EN BRAZO IZQUIERDO, PACIENTE CON RETRASO PSICOMOTOR, SIGNOS MENINGEOS NEGATIVOS.

#### ■ APOYOS DIAGNOSTICOS

MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO, INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA, SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS, HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO, NITROGENO UREICO, GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA, CLORO, CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS, TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE, POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS, RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

#### ■ DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CODIGO  
G409

DIAGNOSTICO  
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

TIPO DIAGNOSTICO PRIMARIO  
IMPRESION DIAGNOSTICA P

### DATOS DE LA EVOLUCION

#### ■ DATOS DE LA EVOLUCION

2024-02-16 10:35:10 PROFESIONAL: MANUEL FERNANDO SUAREZ GOMEZ

ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE DE 34 AÑOS CON ACOMPAÑANTE, REFIERE ANTECEDENTE DE EPILEPSIA EN LA INFANCIA, QUIEN AHORA CONSULTA POR CUADRO DE 1 EPISODIO CONVULSIVO, SIN RELAJACION DE ESFINTERES, SIN SECUELAS MOTORAS NI CONGNITIVAS EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODIURIA

SHIPODENSAS AGUDAS, SE CONSIDERA PACIENTE CON EPISODIO CONVULSIVO RESUELTO, SE DECIDE DAR EGRESO DEL SERVICIO CON MANJE MEDICO AMBULATORIO, SS VALORACION POR CONSULTA EXTERNA CON NUEROLOGIA, SE EXPLICA ENTIENDE Y ACEPTA CONDUTA

■ MEDICAMENTOS

OMEPRAZOL 40MG SOLUCION INYECTABLE CAJA X 1. VARIOS 40MG SOLUCION INYECTABLE | CAJA X 1. VARIOS, FENITOINA SODICA 250MG/5ML SOLUCION INYECTABLE | . X 0. VARIOS 250MG/5ML SOLUCION INYECTABLE | . X 0. VARIOS, CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSAX 500ML 500ML SOLUCION INYECTABLE | CAJA X 1. VARIOS, TRAMADOL CLORHIDRATO 50MG/1ML SOLUCION INYECTABLE | CAJA X 10. VARIOS

DATOS DEL EGRESO

■ PLAN DE SEGUIMIENTO

EGRESO CON SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES

- SE DA ORDEN PARA VALORACION PRIORITARIA POR CONSULTA EXTERNA CON NEUROLOGIA

■ DIAGNOSTICOS DE EGRESO

CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	IMPRESION DIAGNOSTICA	P

■ CAUSA DE SALIDA

TIPO CAUSA : ORDEN MEDICA

REMITIDO A : DOMICILIO

RIESGO DE CAIDA:

■ Alto

RIESGO DE ULCERAS POR PRESION:

■ Bajo

■ SIGNOS DE ALARMA

CONVULSIONA O PRESENTA MOVIMIENTOS CORPORALES EXTRAÑOS, DEBILIDAD O ENTUMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR EN EL PECHO DE ALTA INTENSIDAD O SENSACION DE MUERTE, ESTÁ AGRESIVO O CON CAMBIOS DEL COMPORTAMIENTO, FIEBRE ALTA QUE NO MEJORA, IRRITABILIDAD, PERDIDA DE LA CONCIENCIA, SI ESTÁ PERDIENDO EL EQUILIBRIO ESTANDO DE PIE

RECOMENDACIONES GENERALES:

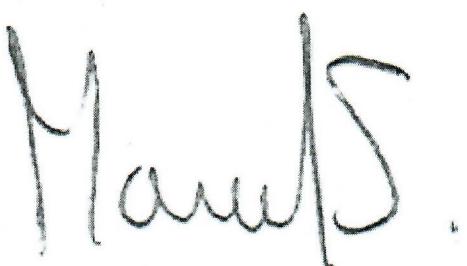
- NO SE AUTOMEDIQUE
- NO SUSPENDA MEDICAMENTOS.
- ASISTA A CONTROLES MEDICOS PROGRAMADOS.
- Cualquier eventualidad acudir a Urgencias

■ SE ENTREGA Y EXPLICA LA FORMULACION MEDICA

SI, TIENE FORMULA MEDICA

■ SE REMITE A SU ASEGUADOR PARA FORMULACION MEDICA

NO APlica



PROFESIONAL: MANUEL FERNANDO SUAREZ GOMEZ

CC - 1037660690 - T.P 1037660690

ESPECIALIDAD - MEDICO GENERAL

Imprimió: MANUEL FERNANDO SUAREZ GOMEZ - fernando.suarez

Fecha Impresión : 2024/2/16 - 10:46:43



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1092342740
NOMBRES	GENESIS YURIMAR
APELLIDOS	SANCHEZ PEREZ
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión: 01/27/2023 19:50:04 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.



Conoce aquí la resolución CREG 101 027 y CREG 101  
031 de 2022, sobre la aplicación de medida transitoria.

Escanea el código con la  
cámara de tu celular

## ¿Por qué se penaliza la generación de Energía Reactiva?

Su penalización está regulada por la Resolución CREG 015 de 2018, ya que afecta la calidad del servicio y aumenta las pérdidas de energía.

Tu tranquilidad es nuestra prioridad, si en tu factura registras cobro de penalidad por energía reactiva, contáctanos.

[paola.castellanos@cens.com.co](mailto:paola.castellanos@cens.com.co)  
**5824444 ext 7421**



### Compensación Calidad del Servicio

	Periodo Actual	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Periodo Retroactivo
1102428-De la Empresa							

Indicadores	Gp. Calidad	FUG	FIU	VC	DEC	%
C transformador						
DUG						
DIU						
HC						
V/R Compensar \$						

21

**Medios de pago**  
[www.cens.com.co/clientes/en-us/factura/pagatufacturaenlinea](http://www.cens.com.co/clientes/en-us/factura/pagatufacturaenlinea)

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

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

Síguenos en nuestras redes sociales



**Puntos de pago**  
Apuestas Circuito 75 - BBVA - Compeccens - Cogasimales - Almacenes Exito - Iffinorte Bancolombia - Davivienda - Efecty - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Datafonos ATH - SuperGIROS (sur de Cesar y sur del Bolívar)

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



Aprende sobre uso eficiente de  
energía con CENS



Escanea  
este código



Escanea el código con la  
cámara de tu celular

### Tu Información

Nombre: Odilia Pérez  
Dirección: Cll 22a 13-118  
Barrio: San Judas  
Clase de Servicio: Residencial  
Ruta: 105 01512201810

**Tu número de cliente:**  
**191741**

Documento equivalente a factura N° - 1064824087  
Fecha de emisión: Marzo 13/2023

Tu último pago fué:  
20/FEB/2023

Pagaste:  
\$48,800

¡Felicitaciones estás al día en tu pago!

¡Escanea y pagal!

Periodo facturado 09/FEB/2023 a 09/MAR/2023

Fecha de vencimiento

Días Facturados

4476-2/2  
Pago oportuno hasta:  
**27/MAR/2023**  
Pago con recargo hasta:  
**05/ABR/2023**

Servicios Facturados

	\$29,508
	\$12,175
	\$7,347



El presente documento equivale a la  
factura puesta mano ejecutivo en  
virtud del artículo 1013 de la Ley 42 de  
1954, modificado por el artículo 18  
de la Ley 668 de 2001.  
De conformidad con el Decreto 2150  
de 1995, la firma manuscrita que  
aparece a continuación, tiene plena  
valididad para todos los efectos  
legales.  
José Miguel González Capo  
Representante Legal

¿Te gusta mantenerte al día sobre  
las actividades de **CENS**?

Agrega a tus contactos la línea  
**WhatsApp 01 8000 414115**, marca la opción 9  
y actualiza tus datos.

**Desconecta** aparatos  
cuando no los utilices



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

### Información de tu instalación

Medidor Activo: 7217866  
Medidor Reactivo:  
Alimentador: ELS69  
Nivel de tensión: 1  
Carga instalada: 2  
Constante de medida: 1

1  
El presente documento equivale a la  
factura puesta mano ejecutivo en  
virtud del artículo 1013 de la Ley 42 de  
1954, modificado por el artículo 18  
de la Ley 668 de 2001.  
De conformidad con el Decreto 2150  
de 1995, la firma manuscrita que  
aparece a continuación, tiene plena  
valididad para todos los efectos  
legales.  
José Miguel González Capo  
Representante Legal



El no pago de esta factura constituye un incumplimiento al Contrato de Condiciones Uniformes por la acumulación de dos o más períodos sin cancelar, dando lugar a la suspensión del servicio. Contra este acto de suspensión proceden los recursos de reposición ante la SSPD, los cuales deberán interponerse por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recibo de esta factura y ante todo caso antes de la fecha de vencimiento de la misma.

**Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a**  
[www.cens.com.co/clientes/en-us/factura/pagatufacturaenlinea](http://www.cens.com.co/clientes/en-us/factura/pagatufacturaenlinea)

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

Síguenos en nuestras redes sociales





**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	22 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	22 de Julio de 2024

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA**

Nombre Completo	<b>GENESIS YURIMAR SANCHEZ PEREZ</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( )    T.I. ( )    C.C. (X)    Otro ( )
Número de Documento de Identidad	1.092.342.740 de Villa del Rosario
Edad	35 años
Género	Femenino
Dirección	Calle 22A #13-118 Barrio San Judas Tadeo
Teléfono fijo	3118636078
No. de Celular (2 números si es posible)	3213540676
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Sanchezmariac85@gmail.com">Sanchezmariac85@gmail.com</a>
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	ODILIA PEREZ MANRIQUE
Parentesco de la PCD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	28.053.392 de Capitanejo
Teléfono fijo y/o No. de celular	3213540676

**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)	<b>1131872</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G031 – Z810 – G409
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 _____ No Aplica _____ Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	<b>IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584</b>
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.ipspresando@gmail.com
<b>INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES</b>	
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: <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> Otro: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor Esther Flórez Ramos
Cédula 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	