

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **60.407.897**

VASSILACOS MORA

APELLIDOS
LIZVANIA CRISTINA

NOMBRES

Lizvania Cristina Vassilacos Mora

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **02-AGO-1974**

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

27-MAY-1993 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2510000-00713592-F-0060407897-20150610 0044453750A 1 6973424052

DEL ESTADO CIVIL

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

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido <u>Vassilacos</u>	2do. Apellido <u>Mora</u>	Nombres <u>Lizviana Cristina</u>	DOCUMENTO: <u>60407897</u>
Edad: <u>49</u>	Estado Civil: <u>Casados</u>	Escolaridad: <u>Bachiller</u>	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: <u>Cll 10 N°6-71 B. la Palmita U/Rio</u>			Teléfono: <u>310/ 3167321</u>


FECHA: AÑO: 2024 MES: 02 DIA: 21

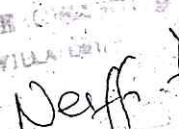
DIAGNÓSTICO: Paraplejía Espástica Tropical (E041)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Dolor Crónico (R522)

Paciente quien hace aprox. 30 años presenta de-
 Xerono neuromotor progresivo ocasionando Paraplejía
 Espástica. Adjunto se le diagnosticó Adelgazamiento
 del cordón medular y por infección Paraplejía
 Espástica Tropical. A la Valoración presenta hypo-
 estesia en miembros inferiores, deformidad en in-
 versión y flexión metatarsianos, debilidad marcada
 vejiga neurogénica, no controla Esfínteres, utiliza pa-
 ñal permanente, atopia generalizada. Se desplaza
 en Silla de Ruedas. Recibe Tratamiento farmacológico
 permanente. Dependiente de todas las Actividades de
 la Vida Diaria. Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MÚLTIPLE SEVERA (Motor-Sensorial)


 Wilfredo Enrique Parra
 MEDICO
 CC 13 168 558
 R.M. 3794


 Neff
 FISIOTERAPEUTA
 RPO06390



SANATY IPS S.A.S.
 CALLE 13A No. 1E-112 BARRIO CAOBOS Tel: 3330333455 Nit: 900748002-0
 HISTORIA CLINICA GENERAL - CONSULTA EXTERNA
 Historia N°: 60407897
 Código Habilitación: 540010237501
 Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CAOBOS

Fecha Impresión: 27/10/2023 10:36

Nombres y apellidos: LIZVANIA VASSILACOS

Sexo: F

Fecha Nacimiento: 02/08/1974

Tipo y número de documento: CC 60407897

Edad: 48 A 7 M 15 D 13 H 40 Min

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - VILLA DEL ROSARIO

Lugar de Residencia: NORTE DE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO

Barrio: URBANO

Zona Residencial: Urbana

Dirección: CALLE 10 N 6 71 LA PALMITA

Teléfono: 3103167321

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR

Grupo Etnico: NO APLICA

Religión: CATOLICO

Escolaridad:

Grupo Sanguíneo O +

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación:

Aseguradora: COOSALUD EPS S.A/258-MOD.PAGO GLOBAL PROSPECTIVO COOSALUD SUB

Tipo Usuario: Subsidiado

Tipo Vinculación:

Estrato: CATEGORIA A

Cita N°: 66388

Fecha Ingreso: 17/03/2023 13:40

Fecha Atención: 17/03/2023 16:16

Fecha Salida: 17/03/2023 16:16

Especialidad: MEDICINA ALTERNATIVA Y NEURALTERAPIA

Correo Electrónico: CLIENTESANATY@GMAIL.COM

DATOS RESPONSABLE

DATOS RESPONSABLE

Parentesco:

SIN ESPECIFICAR

Nombres:

LIZVANIA VASSILACOS

Tipo de Identificación:

CC

Número Documento:

60407897

País:

COLOMBIA

Departamento:

NORTE DE SANTANDER

Municipio/Ciudad:

Dirección:

CALLE 10 N 6 71 LA PALMITA

Teléfono/Celular:

3103167321

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA:

MC: ***SÉPTIMA SESIÓN***

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE FEMENINA, DE 47 AÑOS, CON CUADRO CLÍNICO DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR OSTEOMUSCULAR GENERALIZADO, DE INTENSIDAD 8/10 EVA, DIARIO, PERSISTENTE, ASOCIADO A SENSACIÓN DE CANSANCIO Y FATIGA. ACTUALMENTE EN INTENSIDAD 5/10 EVA.

1. SECUELAS DE PARAPARESIA ESPASTICA TROPICAL
2. DOLOR NEUROPATICO DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN GENERALIZADO, ASOCIADO A DISMINUCIÓN DE FUERZA EN MIEMBROS INFERIORES
3. DOLOR CERVICAL Y DORSAL, DIARIO, PERSISTENTE, DE INTENSIDAD 8/10 EVA. ACTUALMENTE EN INTENSIDAD 6/10 EVA.
4. DOLOR LUMBO-SACRO, DIARIO, PERSISTENTE, DE INTENSIDAD 8/10 EVA. ACTUALMENTE EN INTENSIDAD 6/10 EVA.

REVISION POR SISTEMAS

PIEL:

NORMAL

OSEO:

NORMAL

CIRCULATORIO:

NIEGA

URINARIO:

NORMAL

SANGRE:

NORMAL

COLAGENO:

NORMAL

ARTICULAR:

NORMAL

RESPIRATORIO:

NORMAL

GENITAL:

NORMAL

ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

NORMAL

LINFATICO:

NORMAL

NERVIOSO:

NORMAL

DIGESTIVO:

NORMAL

ENDOCRINO:

NORMAL

PSIQUICO:

NORMAL

NIEGA REVISION POR SISTEMAS:

NORMAL

ANTECEDENTES PERSONALES



SANATY IPS S.A.S.
CALLE 13A No. 1E-112 BARRIO CAOBOS Tel: 3330333455 Nit: 900748002-0
HISTORIA CLINICA GENERAL - CONSULTA EXTERNA
Historia N°: 60407897
Código Habilitación: 540010237501
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CAOBOS

Fecha Impresión: 27/10/2023 10:36

Nombres y apellidos: LIZVANIA VASSILACOS

Sexo: F

Fecha Nacimiento: 02/08/1974

Tipo y número de documento: CC 60407897

Edad: 48 A 7 M 15 D 13 H 40 Min

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - VILLA DEL ROSARIO

Lugar de Residencia: NORTE DE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO

Barrio: URBANO

Zona Residencial: Urbana

Dirección: CALLE 10 N 6 71 LA PALMITA

Teléfono: 3103167321

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR

Grupo Etnico: NO APLICA

Religión: CATOLICO

Escolaridad:

Grupo Sanguíneo O +

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación:

Aseguradora: COOSALUD EPS S.A/258-MOD.PAGO GLOBAL PROSPECTIVO COOSALUD SUB

Tipo Usuario: Subsidiado

Tipo Vinculación:

Estrato: CATEGORIA A

Cita N°: 66388

Fecha Ingreso: 17/03/2023 13:40

Fecha Atención: 17/03/2023 16:16

Fecha Salida: 17/03/2023 16:16

Especialidad: MEDICINA ALTERNATIVA Y NEURALTERAPIA

Correo Electrónico: CLIENTESANATY@GMAIL.COM

Digestivos		
Ginecologicos		
Urologicos		
Infectocontagiosas		
Hospitalarios		
Traumaticos		
Toxicos		
Alergicos		
Patologico	Otros	- INFANCIA: NIEGA - 24 AÑOS: TRAUMATISMO EN REGION LUMBO-SACRA PR CAIDA DE SU PROPIA ALTURA (INICIA CUADRO DE DOLOR GENERALIZADO, DISMINUCION DE LA ESTABILIDAD Y FUERZA EN MMIISS) - 40 AÑOS: COLELAP - 41 AÑOS: PARAPARESIA ESPASTICA TROPICAL HTLV 1 Y 2
Neurologicos		
Cardiovasculares		
Pulmonares		

ANTECEDENTES FAMILIARES

PATOLOGICOS:

NIEGA DE IMPORTANCIA

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

TA: 120/80 GLAS: 15/15 FC: 70 x min PESO: 49 Kg TALLA: 150 PC: 60 cm IMC: 21.78 SUP: 1.43 m2 FR: 12 x min
mmHg puntos cm Kg/m2 TEMP: 36.5 °C PM: 14 cm
SAT: 100 % TAM: 93.33
mmHg

IMC: De 18.6 A 24.9

INTERPRETACIÓN: PESO NORMAL Usted tiene un peso normal. Controle su peso mensualmente, incluya el consumo de frutas y verduras en su alimentación diaria y haga ejercicio de manera regular.

EXAMEN FISICO

CONDICIONES GENERALES

BUENAS CONDICIONES GENERALES. ALERTA, ATENTA, CONCIENTE. C/C: NORMOCEFALO, PINRAL, MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS. C/P: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS SIMETRICOS, SIN AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. EXT: SIN EDEMAS. PUNTOS DOLOROSOS EN SEGMENTO LUMBO-SACRO. NEUROLÓGICO: SECUELAS PROPIAS DE SU PATOLOGÍA DE BASE.

NEUROLOGICOS

CARDIO-PULMONAR

PIEL

CABEZA

OTORRINOLARINGOLOGIA

CUELLO

TORAX

ABDOMEN

EXTREMIDADES

GENITO-URINARIOS

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO

NO

SINTOMÁTICO DE PIEL

NO

PRESENTA SIGNOS DE MALTRATO(SI o No)

NO

EXAMEN MENTAL

Sintomatico respiratorio: No Sintomatico de Piel: No



SANATY IPS S.A.S.
CALLE 13A No. 1E-112 BARRIO CAOBOS Tel: 3330333455 Nit: 900748002-0
HISTORIA CLINICA GENERAL - CONSULTA EXTERNA
Historia N°: 60407897
Código Habilitación: 540010237501
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CAOBOS

Fecha Impresión: 27/10/2023 10:36

Nombres y apellidos: LIZVANIA VASSILACOS

Sexo: F

Fecha Nacimiento: 02/08/1974

Tipo y número de documento: CC 60407897

Edad: 48 A 7 M 15 D 13 H 40 Min

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - VILLA DEL ROSARIO

Lugar de Residencia: NORTE DE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO

Barrio: URBANO

Zona Residencial: Urbana

Dirección: CALLE 10 N 6 71 LA PALMITA

Teléfono: 3103167321

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR

Grupo Etnico: NO APLICA

Religión: CATOLICO

Escolaridad:

Grupo Sanguíneo O +

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación:

Aseguradora: COOSALUD EPS S.A/258-MOD.PAGO GLOBAL PROSPECTIVO COOSALUD SUB

Tipo Usuario: Subsidiado

Tipo Vinculación:

Estrato: CATEGORIA A

Cita N°: 66388

Fecha Ingreso: 17/03/2023 13:40

Fecha Atención: 17/03/2023 16:16

Fecha Salida: 17/03/2023 16:16

Especialidad: MEDICINA ALTERNATIVA Y NEURALTERAPIA

Correo Electrónico: CLIENTESANATY@GMAIL.COM

RESULTADO AYUDAS DIAGNOSTICAS**RESULTADOS:**

NO APLICA

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

DIAG. PRINCIPAL: R522 - OTRO DOLOR CRONICO **OBSERVACION:** 1. PARAPARESIA ESPASTICA TROPICAL 1.1. DOLOR NEUROPATICO GENERALIZADO 1.2. PARAPLEJIA 2. SINDROME MIOFASCIAL 2.1. SINDROME ATRAPAMIENTO CLUNEAL 2.2. NEURITIS DEL OCCIPITAL **TIPO DE DIAGNÓSTICO:** Impresión diagnóstica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad General **FINALIDAD DE LA CONSULTA:** No Aplica

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO**PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO**

1. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE REALIZA INFILTRACIÓN DE #2 PUNTOS DOLOROSOS EN SEGMENTO DORSAL PARAVERTEBRAL, A NIVEL DE T9, SIN COMPLICACIONES
2. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE REALIZA INFILTRACIÓN DE #5 PUNTOS DOLOROSOS EN SEGMENTO LUMBO-SACRO, SIN COMPLICACIONES
3. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE REALIZA INFILTRACIÓN DE #1 PUNTO DOLOROSO EN SEGMENTO DE CADERA IZQUIERDA, SIN COMPLICACIONES
4. CONTROL EN 2 MESES
5. CONTINUA MANEJO MEDICO:
 - * PREGABALINA CAPSULA 150MG - TOMAR 1 CAPSULA CADA NOCHE #30
 - * ACETAMINOFEN 500MG - TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS #90
 - * METOCARBAMOL 750MG - TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS #60

Andrea Tarazona R
Dra. Andrea Tarazona R
MAGISTER
MEDICINA NEURAL
U. NEUROLOGIA - FEB. 04. 2011

ANDREA TARAZONA RAMIREZ
Registro Medico 54-3364
MEDICO ESPECIALISTA
Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

**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	60407897
NOMBRES	LIZVANIA CRISTINA
APELLIDOS	VASSILACOS MORA
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	01/04/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/04/2024 16:04:53	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

Fecha de consulta:

04/07/2024

Ficha:

54874048551200000043

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LIZVANIA CRISTINA

Apellidos: VASSILACOS MORA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60407897

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

27/07/2019

Última actualización ciudadano:

07/07/2020

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

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid Maria Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



ESTA FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ARTICULO 130 LEY 142/94.
SOMOS AUTORETENEDORES RES. 0547 DE 25/01/2002 Y GRANDES CONTRIBUYENTES
RES. DIAN 012220 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2022.

CÓDIGO USUARIO Y/O
REFERENCIA DE PAGO ELECTRÓNICO

125393

VALORES EN RECLAMACION
VALORES PROCESO

TOTAL A PAGAR

\$14.000

Pago Oportuno Hasta

Fecha de Suspensión 29-ABR.-2024

Fecha de Expedición 30-ABR.-2024

DOCUMENTO
EQUIVALENTE No.

Días Facturados 30630415

Periodo Facturado 30

Ultimo Pago 05-MAR.-2024-03-ABR.-2024

\$0

Atraso:

0

DATOS DEL SUSCRIPTOR:

Nombre: LIZVANIA CRISTINA VASSILACOS MORA

Dirección: CL 10 # 6 - 71

Barrio: LA PALMITA

Municipio: VILLA DEL ROSARIO

Estrato: 1

Clase de Uso: DOM

Ciclo: 35

Ruta: 602035434681

Medidor No.: 03329821

Intereses de Mora % 2,411

Intereses Corriente % 2,411

CONCEPTO

VALOR

Consumo \$30.362,42
Subsidio -\$16.420,00
Ajuste decena -\$4,06

CONSUMOS

TARIFAS DE CONSUMO POR RANGO

Rango Cons MP Vr MP Vr Parcial

0 - 20 8,55 \$3.551,16 \$30.362,42

COMPONENTES
TARIFARIOS

Cum.J.J. 3269,410

Cum.J.J. 3321,800

Gm.J.J. 1700,050

Tm.J.J. 269,940

Dm.J.J. 1326,240

PCm.J.J. 1069,000

Cum.J.J. 0,000

Cum.J.J. 0,000

Tvm 0,000

Cum.J.J. 3321,800

P -1,380%

TRM 3933,560

Pm 0,000

%S1 54,080

%S2 42,610

alfa 1 0,000%

alfa 2 0,000%

alfa 3 0,000%

alfa 4 0,000%

%Csy6 20,000

%Cnr 8,900

TOTAL

CONSUMOS ANTERIORES \$30.362,42

Mes Prom MAR FEB ENE DIC NOV OCT

M3 9 9,51 7,6 9,5 7,56 4,71 15,09

CONSUMO MES:

8,55

Causa Cobro
Consumo Prom

Lectura Anterior 1010

Lectura Actual 1019

Consumo M3 9,00

Factor 0,9495 x

Consumo Corregido 8,55

Poder Calorífico (BTU/Pc) 1069,00

Consumo Kw/H 94,56

Factor Kw/H 11,06

INDICADORES DE CALIDAD

DES: IPI: IO: IRST:

ESTADO DEL CRÉDITO

CONCEPTO

SALDO ANTERIOR
DE CAPITAL

ABONO CAPITAL S

DESCRIPCIÓN CUOTA FACTURADA

INT. FINANCIACIÓN S

VR. CUOTA

NUOVO SALDO
DE CAPITAL

CUOTAS
PEND.

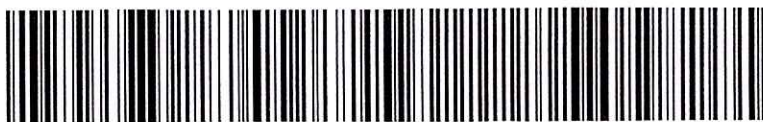
*Por su seguridad, la de su familia y vecinos no obstaculice el acceso al centro de medición con ningún tipo de elemento (rejas, materas, materiales o etc.), el acceso al medidor es necesario al momento de una emergencia. Ley 142 del 94

GASES DEL ORIENTE S.A. E.S.P. informa que conforme a lo establecido en la Resolución CREG 059 de 2012 debe presentar su CERTIFICADO DE CONFORMIDAD que acredite que la instalación de gas y los gasodomesticos cumplen con las condiciones técnicas de seguridad para la prestación del servicio, PLAZO VENCE: 30/09/2024

Apreciado usuario, recuerde. El pago oportuno de su factura le evitará la suspensión del servicio y un posible reporte negativo ante las centrales de Riesgo (Art. 12, Ley 1266 de 2008)

Super servicio al cliente 24 horas

ESCANEAR Y PAGAR



(415)7709998000674(8020)30630415(3900)0000014000(96)20240429

FAVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS



CÓDIGO USUARIO Y/O
REFERENCIA DE PAGO
ELECTRÓNICO
PERIODO FACTURADO
DOCUMENTO
EQUIVALENTE No.
PAGO HASTA
TOTAL A PAGAR

125393

05-MAR.-2024-03-ABR.-2024

30630415

29-ABR.-2024

\$14.000

RECAUDADOR

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.530.024**
GARCIA RODRIGUEZ

APELLIDOS
CARLOS ARTURO

NOMBRES

Carlos Arturo Garcia Rodriguez

FIRMA



3103767321
3718603050

linethlane@gmail.com



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-1957**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

17-ENE-1976 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2510000-00188452-M-0005530024-20091020

0017336878A 1

26296854

 <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	23 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	23 de Julio de 2024
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA	
Nombre Completo	LIZVANIA CRISTINA VASSILACOS MORA
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	60.407.897 de Villa del Rosario
Edad	49 años
Género	Femenino
Dirección	Calle 10 #6-71 Barrio La Palmita
Teléfono fijo	3103167321
No. de Celular (2 números si es posible)	3118603050
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Linethlane@gmail.com
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	CARLOS ARTURO GARCIA RODRIGUEZ
Parentesco de la PcD	Esposo
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	5.530.024 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3118603050
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)	1025962
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G041 – R522
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: _____

