

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio Villa del Rosario (MU-54874) - Contrato Prest. Servicios No. 249

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

DIAGNOSTICO: H900 - ASODICAP



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1016564



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1965

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-NOV-1983 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *barrio San José -*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2510000-00157708-F-0060400628-20090529

0011891160A 1

7580002869

Calle 19 N° 8-40

Santa Bárbara

Rojas Florez2000@hotmail.com

Cel=3212831933-en la tarde.

3132564207

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Hdez	2do. Apellido Carrillo	Nombres Maria Mercedes	DOCUMENTO: 60400628
Edad : 57	Estado Civil : Casado	Escolaridad: 1ºbachiller	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: CL 19 N° 8-40 B. Santa Barbara U.R.		Teléfono: 321 / 2831933	

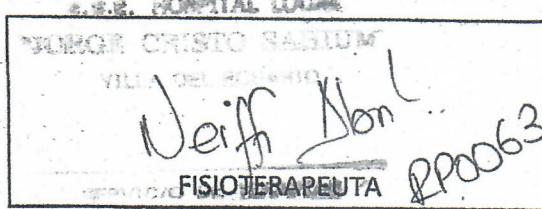
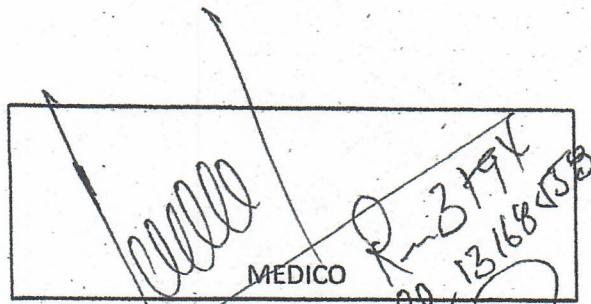
FECHA: AÑO: **2023** MES: **01** DIA: **10**

DIAGNÓSTICO: Hipoacusia Conductiva Bilateral Profunda

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente a quien se le diagnosticó hincapie 32 años
Hipoacusia Conductiva bilateral profunda por deterioro
auditivo progresivo permanente.
Utilizo prótesis Auditiva Auditiva en Oido derecho,
afectación moderada en Oido izquierdo y Severe en
Oido Derecho según Audiograma.
Reflejos Ausentes, Cirrus tipo I en ambos oídos,
sensación oídos tapados, tinnitus, trastornos de la co-
municación, alteración de la fijación y el seguimiento
Auditiva Comunicación con lectura labios
Semi-dependiente Act Básicas Cotidianas

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD AUDITIVA MODERADA



CENTRAL DE ESPECIALISTAS IPS
AV 2 # 17-26 LA PLAYA Tel. 5895794 Nit : 900550254-8
HISTORIA CLINICA GENERAL - OTORRINOLARINGOLOGO

Página : 1

Lugar Atención: CENTRAL DE ESPECIALISTAS IPS

Historia No : 60400628

CitiSalud

Fecha Impresión: 25/08/2022 11:42:25

Paciente : CC. 60400628 MARIA MERCEDES FLOREZ CARRILLO

Sexo : F Fecha Nacimiento : 11/06/1965

Edad : 57 A 2 M 14 D

Lugar Nacimiento :
Género LGTB:

Grupo Sanguíneo :

Estado Civil : SOLTERO(A)

Lugar Residencia : NORTE DE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO Barrio : Otro

Dirección : CALLE 19 # 8 - 30 - SANTA BARBARA/VR

Grupo Étnico :

Religión :

Telefonos : 3212831933 / 3132564207

Tipo de Discapacidad : SIN ESPECIFICAR

Ocupación :

Escolaridad :

Empresa/Contrato : COOSALUD / MODELO

Cita No : 294416

Tipo Usuario : Subsidio Total

Estrato : ESTRATO

Fecha Cita: 25 agosto 2022 11:30

Fecha Atención: 25 agosto 2022 11:25

Tipo Afiliado :

Fecha Salida: 25 agosto 2022 11:40

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo Consulta: PERDIDA AUDITIVA EN OD TIENE AUDIFONO DE UN AÑO

Enfermedad Actual: VARIOS AÑOS

RESULTADO AYUDAS DIAGNOSTICAS:

RESULTADOS:

AUDIO NS PROFUNDA BILATERAL
LOGO OD 92 OI 96 %
REFLEJOS AUSENTES

REVISION POR SISTEMAS:

NIEGA REVISION POR SISTEMAS:

JO

ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLOGICOS:

AUDIFONO OD POR HIPOACUSIA

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES:

JO

SIGNS VITALES

TA: 110/80 mmHg

FC: 70 x min

FR: 17 x min

TEMP: 36 °C

TAM: 90 mmHg

EXAMEN FISICO:

OTORRINOLARINGOLOGIA:

OTOSCOPIA NORMAL HIPOACUSICA
RESTO BIEN

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL (DX. CRONICO - 01/01/1900 | ETAPA: 0 - 01/01/1900).

Tipo Diagnóstico : CONFIRMADO NUEVO

Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta : NO APLICA

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

Num 1 27108 ADAPTACIÓN DE AUDIFONO

Cant : 1

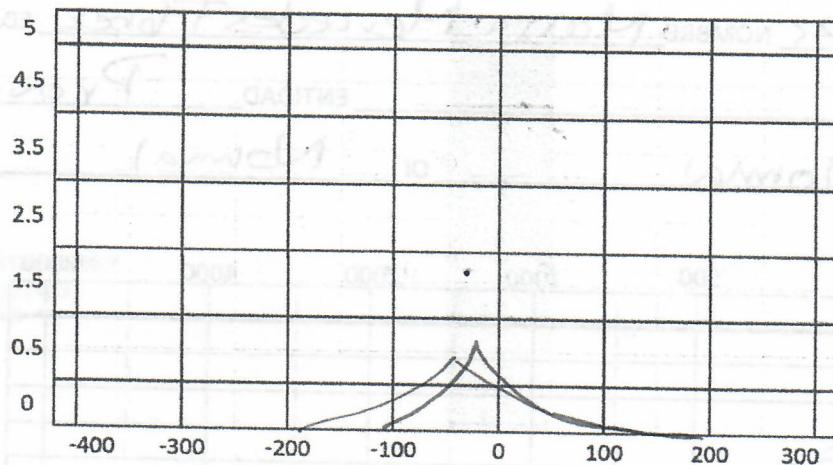
Observaciones : OIDO IZQUIERDO

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:

PLAN

1- ADAPTACION AUDIFONO EN OIDO IZQUIERDO

IMPEDANCIOMETRIA



1.01 ml
0.57 ml
-29 ml
41 dafq

0.94 ml
0.46 ml
-48 dafq
82 dafq

REFLEJO ESTAPEDIAL IPSILATERAL

CONTRALATERAL

Oido derecho			Oido izquierdo		
U	UR	Is/u	U	UR	Is/u
		Fall			Fall
		Fall			Fall
		Fall			Fall
		Fall			Fall
		Fall			Fall
		4000			Fall
		RB			

O/D EST. D/I IND			O/I EST. D/D IND		
U	UR	Is/u	U	UR	Is/u
		Fall			Fall
		Fall			Fall
		Fall			Fall
		Fall			Fall
		Fall			Fall
		4000			Fall
		RB			

DIAGNOSTICO Hipoacusia Mixta Bilateral Profunda

- Cuna tipo A ambos oídos
- Discriminación desplazada buen desempeño en la misma.
- Se remite a médico ORL para control

Ana Lucia Nieto

FONOAUDIÓLOGA
Reg. 228

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	60400628
NOMBRES	MARIA MERCEDES
APELLIDOS	FLOREZ CARRILLO
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:	07/04/2024 14:46:21	Estación de origen:	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 la novedad que haya presentado la EPS o



Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:

19/11/2022

A2

Ficha:

54874052554100000583

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA MERCEDES

Apellidos: FLOREZ CARRILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60400628

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

24/03/2022

Última actualización ciudadano:

24/03/2022

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



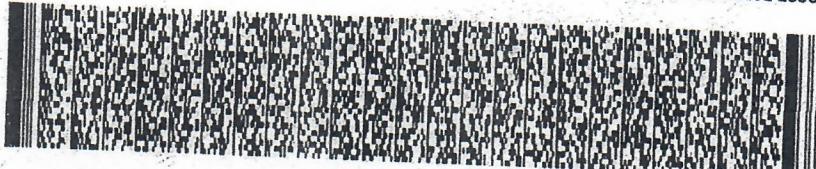
FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-1966**
CASIGUA
(VENEZUELA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 **O+** **M**
ESTURA G.S. RH SEXO

13-MAR-2000 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ind. Derecho
INDICE DERECHO

IVAN DUQUE ESCOBAR
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2510000-55083801-M-0005531722-20011222 0698501356B 02 086227525

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	18 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	18 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	MARIA MERCEDES FLOREZ CARRILLO			
Tipo de Documento Identidad	R.C. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Número de Documento de Identidad	60.400.628 de Villa del Rosario			
Edad	59 años			
Genero	Femenino			
Dirección	Calle 19 #8-30 Barrio Santa Bárbara			
Teléfono fijo	3212831933			
No. de Celular (2 números si es posible)	3132564207			
Municipio de residencia	Villa del Rosario			
Correo Electrónico	rojasflorez2000@hotmail.com			

Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.

Nombre Completo del Representante	DANIEL ROJAS LIZCANO			
Parentesco de la PCD	Esposo			
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía			
Número de Documento de Identidad	5.531.722 de Villa del Rosario			
Teléfono fijo y/o No. de celular	3132564207			

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)	1016564
--	----------------

Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	<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
---	---

Fuente de Recursos de la autorización	<input type="checkbox"/> Si _____ <input type="checkbox"/> No Aplica _____ <input type="checkbox"/> Nombre: _____ <input type="checkbox"/> No. de Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Nombre de la Empresa: _____
---------------------------------------	---

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.	<input type="checkbox"/> Si _____ <input type="checkbox"/> No Aplica _____ <input type="checkbox"/> Nombre: _____ <input type="checkbox"/> No. de Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> 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.ipspresando@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: <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: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor 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	