

**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	JUAN DE JESUS RODRIGUEZ ROLON
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	5.482.597 de Salazar
Edad	67 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 14 #11-27 Barrio El Páramo
Teléfono fijo	3112382901
No. de Celular (2 números si es posible)	3133212505
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	asodicap@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	MARIA TRINIDAD RODRIGUEZ ROLON
Parentesco de la PCD	Hermana
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.406.229 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3133212505

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)	674704
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F319
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	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
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	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.482.597

RODRIGUEZ ROLON

APELLIDOS

JUAN DE JESUS

NOMBRES

Juan de Jesus

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1956

LOURDES
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

17-ENE-1976 SALAZAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Santander, Colombia*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2510000-00241347-M-0005482597-20100615

0022228171A 1

33689157



Jorge Cristo Sathium

Vía del Rosario

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Rodríguez	Potón	Juan de Jesús	5482597
Edad : 66	Estado Civil : Soltero	Escolaridad: Primaria	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: (CII 31 N°) Cra 14 B - Parque N° 11-27 Oficina		Teléfono: 322/2674912	

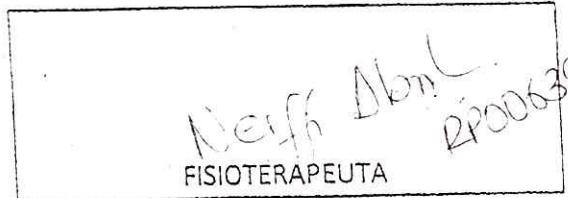
FECHA: AÑO: 2024 MES: 02 DIA: 21

DIAGNÓSTICO: Trastorno Afetivo Bipolar (F319)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien aprox. hace 3 años presenta insomnio y progresivamente presenta demencia y Trastorno Afetivo bipolar que requiere tratamiento farmacológico permanente (Levodopamamina / Ácido Valúrico / Difenilidiamina). Al la Valoración presenta Trastorno de la conducta y el comportamiento desorientado, Reacia, con déficit cognitivo, cumple órdenes sencillas no complejas, Irritabilidad y Ansiedad. Actualmente presenta Enfermedad de Parkinson que empeora su situación. Dependiente de todas las actividades de la vida diaria. Requiere Acompañamiento Permanente.

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MENTAL SEVERO





ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Nro. ATENCIÓN	00458929
REGISTRO MÉDICO	00257228
FECHA	31/03/2023

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo
5482597	JUAN DE JESUS RODRIGUEZ ROLON	CC5482597	66 A	M
Dirección del Paciente	VILLA DEL ROSARIO,, CLL 11 CRR 14	13-73	EL PARAMO	
Empresa	NUEVA E.P.S SUBSIDIADO	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso
		31/03/2023	14:25	31/03/2023
				14:32

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

Estado de conciencia:

ALERTA

TRATAMIENTO

Formulación :

Nivel de orientación:

DESORIENTADO EN ESPACIO

Fecha :31/03/2023 Medico :REINALDO NICOLAS OMAÑA Medicamento :LEVOMEPPROMAZINA 4MG/ML SOLUCION ORAL Cantidad :1 Dosificacion :SE TOMA 5 GOTAS 9 30 PM

Actitud:

PASIVA

Fecha :31/03/2023 Medico :REINALDO NICOLAS OMAÑA Medicamento :ACIDO VALPROICO 250MG/5ML JARABE Cantidad :8 Dosificacion :SE TOMA 5 CC SOBRE DESAYUNO SE TOMA 5 CC SOBRFE ALMUERZO SE TOMA 5 CC SOBRE COMIDA NOCHE

Afecto:

PLANO

Fecha :31/03/2023 Medico :REINALDO NICOLAS OMAÑA Medicamento :DIFENHIDRAMINA JARABE 125MG/5ML Cantidad :8 Dosificacion :SE TOMA 5 CC SOBRE DESAYUNO SE TOMA 5 CC SOBRFE ALMUERZSO SE TOMA 5 CC SOBRE COMIDA NOCHE Observaciones :

Pensamiento:

DETERIORO COGNITIVO

CITA 2 MESES

Sensopercepción:

SIN ALTERACIONES

MOTIVO DE SALIDA

Juicio de realidad:

POBRE

CONDUCTA:

Introspección:

POBRE

CITA 60 DIAS

Funciones mentales superiores

(cognitivas):

DETERIORO COGNITIVO

MEDICO TRATANTE

Observaciones adicionales:

NO

REINALDO NICOLAS OMAÑA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

F319 TRASTORNO AFECTIVO BIPO极AR, NO

ESPECIFICADO

PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :31/03/2023 Medico :REINALDO NICOLAS OMAÑA Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad :1

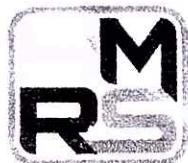
Observaciones:

Médico ordena la salida

REINALDO NICOLAS OMAÑA C.C.13442806
PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:

Dr. Reinaldo Omaña Herráez
MÉDICO PSIQUIATRA
REG. MED. 821
C.C. 13442806



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Nro. ATENCIÓN	00458929
REGISTRO MÉDICO	00257228
FECHA	31/03/2023

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Página
5482597	JUAN DE JESUS RODRIGUEZ ROLON	CC5482597	1
Dirección del Paciente	VILLA DEL ROSARIO , CLL 11 CRR 14	13-73 EL PARAMO	
Empresa	31/03/2023	Hora Ingreso	Edad
NUEVA E.P.S SUBSIDIADO	14:25	Fecha Egreso	Sexo
	31/03/2023	14:32	

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA

AGRESIVO CON EL ANTORNOI FAMILIAR

REVISIÓN POR SISTEMA

Otros : NO REFIERE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACINTE QUE SE VALORA EN LA TARDE DE HOY TRAIDO , POLR FAMILIARERWE PACINTE QUE ESTA CION WENF PARKINSON HTA Y DIABETES DIDEIFUCL AUQ SE TOIM A LA MEDICACION

EXAMEN FÍSICO

Fecha y Hora:31/03/2023(14:25) , Talla:165.00
Peso: 71.00 Ind.Masa:26.0800.
T.A.:110 80, F.C.:80, TEMP.: 0.0, F.R.:16.

ESTRESORES PSICOSOCIALES RECENTES:

Observaciones:

Ninguno.

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

EXAMEN FÍSICO

Psiquiatrico:

Hallazgos :

ENF PARKINSON TAB EN TTO

Cabeza: NORMOCÉFALO, NO LESIONES EXTERNAS

INGESTA DE ALCOHOL

Ojos: PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMALES

¿Consumo Alcohol?:NO,

ORL: OTOSCOPIA NORMAL, NARIZ NORMAL, MUCOSA ORAL NORMAL, FARINGE NORMAL

METAS O AMBICIONES

Cuello: MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO MASAS

¿Dejó el estudio o el trabajo?:NO,

Torax: NORMO EXPANSIBLE, NO DOLOR, NO DEFORMIDAD

¿Tiene metas o ambiciones?:NO, .

Cardio-Pulmonar: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS S SOPIOS. PULMONES SIN AGREGADOS VENTILADOS

DIFICULTADES CON EL SUEÑO:

Abdomen: BLANDO, DEPRESSIBLE, NO VISCEROMEGLÍAS, NO DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA

Hora de Acostarse: Hora de levantarse:

Pelvis: DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA NORMALIDAD

¿FUMA?:NO,

Extremidades: SIMÉTRICAS, SIN EDEMA , PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

¿CONSUME CAFE?:NO, ¿Cuantas tazas de té consume al dia?: 0, ¿Cuantos litros de gaseosa consume al dia?: 0.

GU : PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA

REVISIÓN POR SISTEMA

Neuroológicos: REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

Nervioso: NO REFIERE.

NORMALES, FUERZA 5/5 BILATERAL, SENSIBILIDAD

Endocrino, metabólico y nutricional: NO

NORMAL, NO DÉFICIT APARENTE DE PARES CRANEA

REFIERE.

Columna: NO PUNTOS DOLOROSOS, NO DEFORMACIÓN

Respiratorio: NO REFIERE.

Piel y Mucosas: NO LESIONES, NO PETEQUIAS

Cardiovascular: NO REFIERE.

Neurologicos: REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

Genitourinario : NO REFIERE.

NORMALES, FUERZA 5/5 BILATERAL, SENSIBILIDAD

Musculoesquelético : NO REFIERE.

NORMAL, NO DÉFICIT APARENTE DE PARES CRANEA

Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.

Columna: NO PUNTOS DOLOROSOS, NO DEFORMACIÓN

Hemolinfático: NO REFIERE.

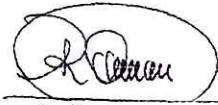
Piel y Mucosas: NO LESIONES, NO PETEQUIAS

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Médico ordena la salida

VALDO NICOLAS OMAÑA C.C.13442806
ATRIA

Firma y Sello del Médico:



Dr. Reinaldo Omaña Hettar
MÉDICO PSICOLOGISTA
REG. MED. 821
C.C 13 442 806



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	5482597
NOMBRES	JUAN DE JESUS
APELLIDOS	RODRIGUEZ ROLON
FECHA DE NACIMIENTO	1977-01-01
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	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de: 07/04/2024 | Estación:
Impresión: 10:33:07 | de 2801:12:c800:2070::1
origen:

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:

04/07/2024

Ficha:

548743531071400025281

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN DE JESUS

Apellidos: RODRIGUEZ ROLON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5482597

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

23/06/2023

Última actualización ciudadano:

23/06/2023

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:

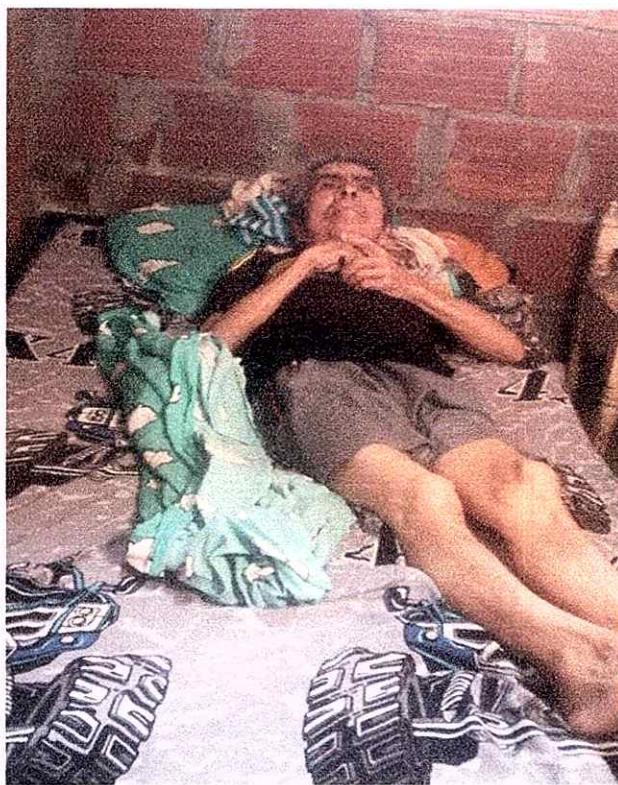
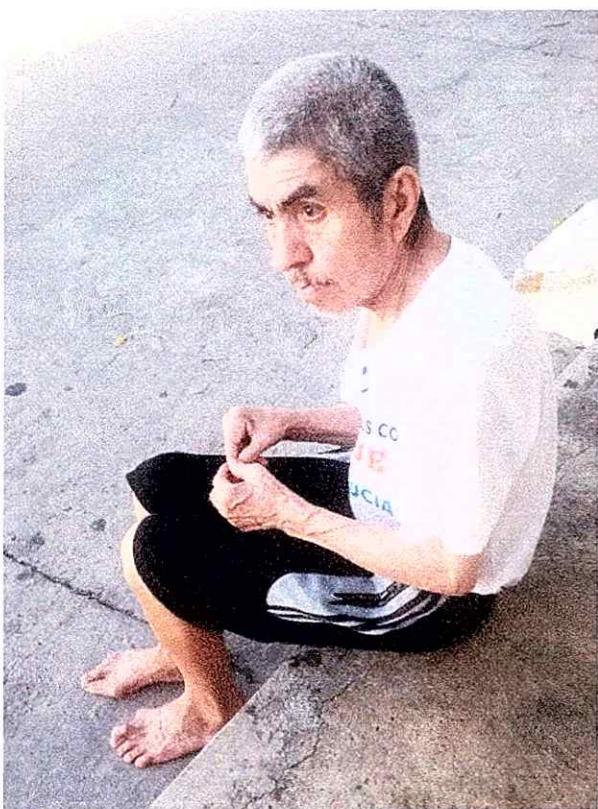
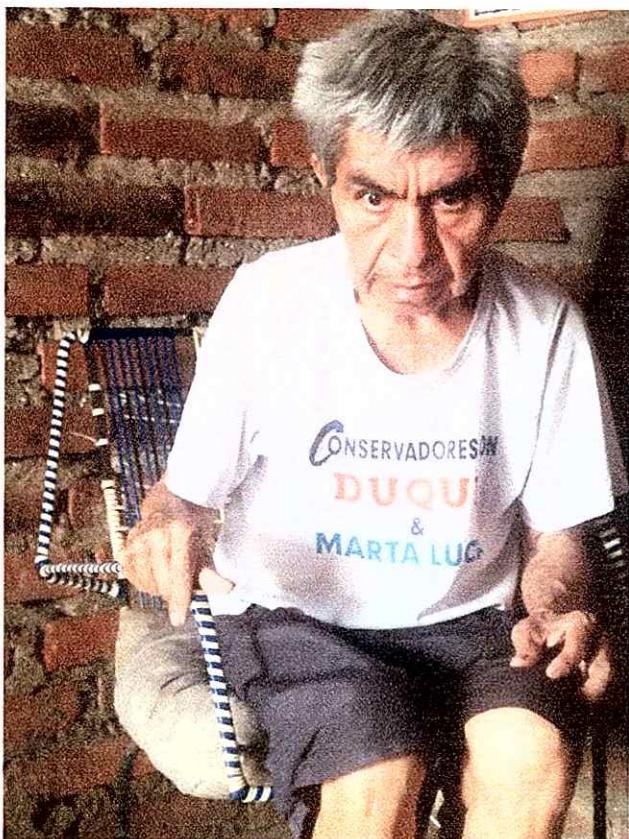
Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



P.

002.
IVA.

Con este número puedes
hacer trámites y pagos

Reporta daños y emergencias
marcando gratis

Número de
cliente:

437306

018000 414 115 ó al 115

RED DE SERVICIOS NORTE DE SANTANDER
NIT: 890501734-7
CENTRALES ELECTRICAS DEL NORTE
DE SANTANDER S.A. E.S.P.
NIT: 890500514

NUMERO TRANSACCION: 15488617
FECHA: 06/05/2024 HORA: 18:23:41
VENDEDOR: 1149462940
OFICINA V ROSARIO
NIT: 890501734-7

CÓDIGO SEGURIDAD:
26338%653633\$

RECAUDO CENS PAGO SIN FACTURA
REFERENCIA: 437306
ESTRATO: 1

Nombre Cliente: MARIA RELEN RODRIGUEZ
Dirección: CRA 14 11-27
Barrio: 1471-PARANO
Municipio: 549874-VILLA DEL ROSARIO
Departamento: 54-NORTE DE SANTANDER

Número Cliente: 437306
Valor Pagado: \$200,000
Saldo Actual: 301,150
Saldo Convenio: 0
Saldo Nuevo: 101,150
Saldo Nuevo Convi: 0
Saldo Favor: 0
Fecha Vcto: 26/04/2024
Fecha Hasta: 26/04/2024
Fecha Pago: 06/05/2024 Hora: 18:23:41
CONSERVE ESTE TIQUETE,
ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO

Si aún no has realizado el cambio de cuenta
provisional a definitiva, acércate a nuestras
oficinas de atención y actualiza este trámite.

Verifica si tu cuenta
es provisional aquí

Servicios Facturados

\$252,540

\$49,396

\$56,944

Por tus servicios pagas

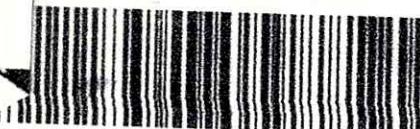
\$358,880



contacta la línea de
atención nacional

01 8000 414115

5
ano al Medio Ambiente
actura por correo electrónico
res a www.cens.com.co



Porta
servicios pagas



\$ 358,880

Descarga la app CENS www.cens.com.co

3900)0000358880(96)20240404

8201-12



FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-1969**

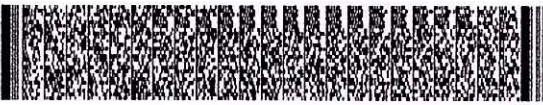
 SALAZAR
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-JUL-1991 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Colombia*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2510000-00158912-F-0060406229-20090519 0011587350A 1 7590002692

3112382901
3133212505