

CC 27890329 CIPRIANA CARRILLO DE FLOREZ

## 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: H903 - ASODICAP



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 818947

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.890.329

CARRILLO De FLOREZ

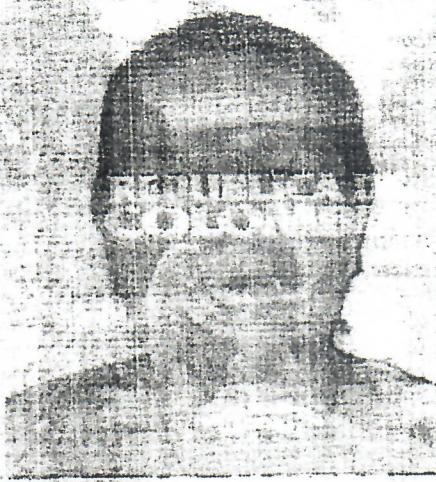
APPELLIDOS

CIPRIANA

NOMBRES

Sipriano - Carrillo de Florez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-1944

CACOTA  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

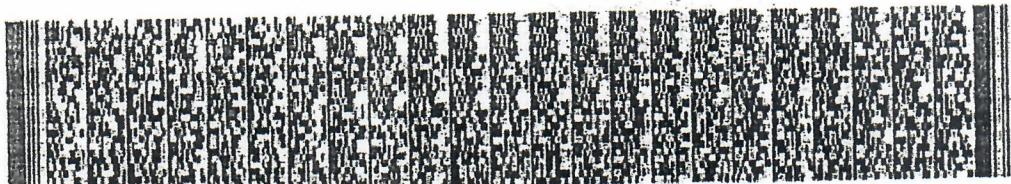
SEXO

06-FEB-1969 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carrascal Sanchez Jr.*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2610000-00157708-F-0027890329-20090528

0011881458A 1

7580002868



Jorge Cristo Sahium  
Villa del Rosario

## PROCESO DE APOYO

### ÁREA DE TERAPIAS.

#### VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

##### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Carrillo	de flore	Cipriana	27890 329
Edad : 78	Estado Civil :	Escolaridad:	Género: F M
Calle 2 XI-11-90 B. San Martín		Oficio	Teléfono: 321/9305406

FECHA: AÑO: 2022 MES: 09 DIA: 21 313/4667752

**DIAGNÓSTICO:** Hypacusia Neurosensorial Bilateral

##### VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien presenta Tinnitus Auditivo severo diagnosticado como Hypacusia que genera Sordera Bilateral

Presente Audiometria con perdida auditiva b. lateral simétrica de tipo mixto profunda para frecuencias conversacionales y Agudas de predominio conductivo sin síntomas Asociados.

Sigue de Romberg (±).

Alteración de la fijación y el seguimiento Auditivo Semidependiente Act Basico Colocándose Requiere Acompañamiento permanente

##### CARACTERIZACIÓN

DISCAPACIDAD AUDITIVA SEVERA

~~CR~~

Alvaro Enrique Parra  
Medico General  
MCC N.M.3134  
MEDICO

JORGE CRISTO SAHUM  
VILLA DEL ROSARIO  
Neidy Diaz  
FISIOTERAPEUTA #0063ab

## PLANTILLA DE DIAGNOSTICO

FECHA: 13/07/2020 12:22  
DOCTOR: MERCELIZA CASTRILLON  
REFERENCIA: Audiometria -

NOMBRE: CARRILLO DE FLOREZ CIPRIANA  
DOCUMENTO: 27890329  
EDAD: 75 años  
ENTIDAD: VIHONCO S.A.S  
CIUDAD: Cúcuta  
TELEFONOS: 3219305406 - 3214700326  
OCCUPACIÓN: HOGAR

### RESULTADOS :

OTOSCOPIA:  
Oído Derecho: Normal  
Oído Izquierdo: Normal

### AUDIOMETRÍA:

Audiometria con pérdida auditiva bilateral simétrica de tipo mixto profunda para frecuencias conversacionales y agudas de predominio conductivo sin síntomas asociados

Lady Paola Rincón Delgado  
Especialista en Audiología  
Reg. Prof. 1.092.351.400

Firma:

**AUDIOCOM**  
Consultores - IPS

Firma: \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA BÁSICA

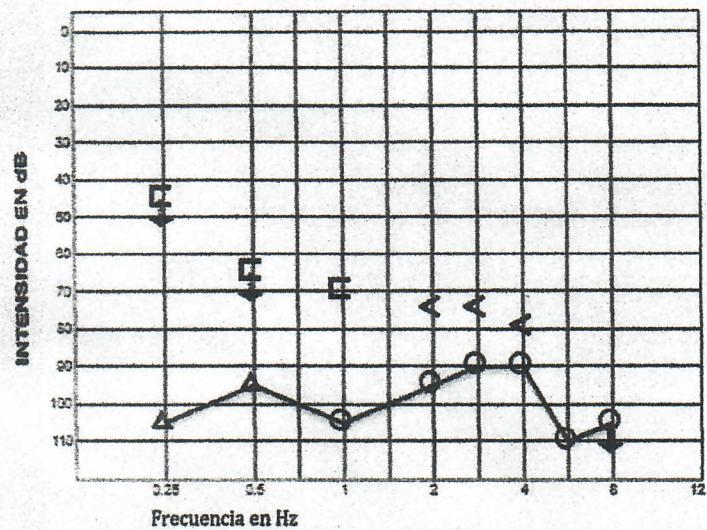
APELLIDOS Y NOMBRES: CARRILLO DE FLOREZ CIPRIANA  
IDENTIFICACIÓN: C.C. 27890329  
FECHA: 13/07/2020 12:12

TRANSDUCTOR: Campo Libre dB SPL  Auriculares dB HL  Inserción dB HL   
Estímulo Warble  Pulsado  Tono Puro

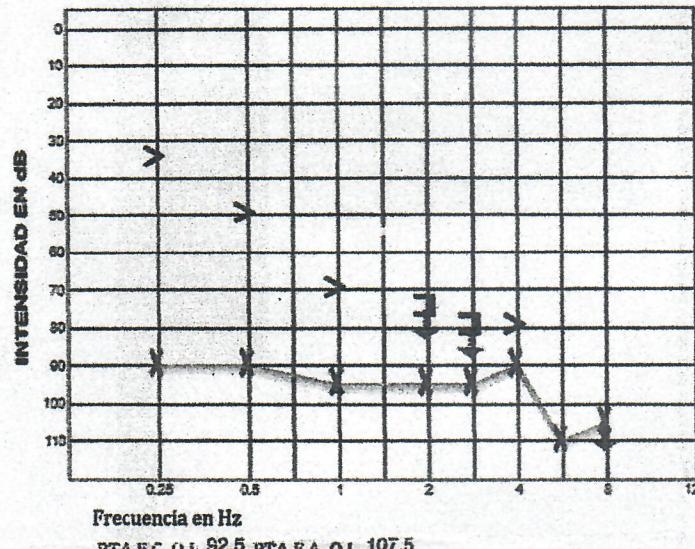
Vibrador dB HL

### AUDIOMETRÍA TONAL dB HL

OÍDO DERECHO



OÍDO IZQUIERDO

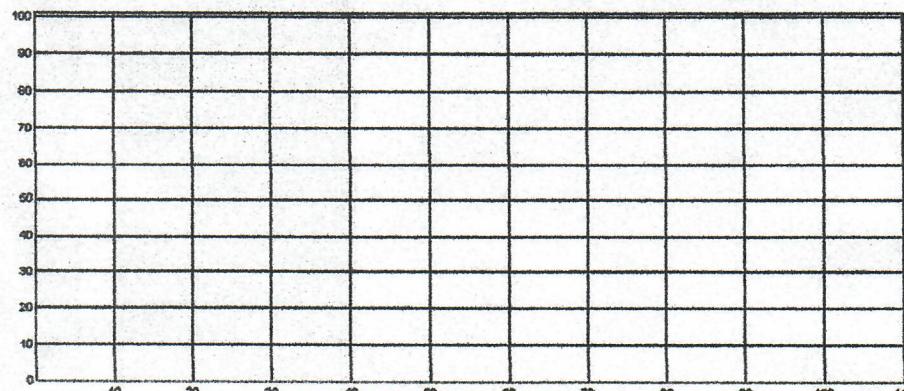


### WEBER

	250	500	1000	2000	4000	OI
OD	→	→	→	←	=	OI

### LOGOAUDIOMETRÍA

VÍA AÉREA  VÍA ÓSEA



	OD	OI
UMBRAL DE VOZ		
UMBRAL DE PALABRA		
UMBRAL DE CAPTACIÓN		
UMBRAL DE DISCRIMINACIÓN		
UMBRAL DE DISTORSIÓN		
% DISCRIMINACIÓN		
MCL		
UCL		

UMBRAL DE DISCONFORT	UMBRAL DE COMODIDAD	VÍA ÓSEA SIN RESPUESTA CON O SIN ENMASCARADOR	MEJOR COCLEA	AUDIOMETRÍA CAMPO LIBRE	NIVEL DE TRANSMISIÓN INFLUYENTE DE LA SEÑAL	VÍA AÉREA	VÍA AÉREA ENMASCARADA	VÍA AÉREA SIN RESPUESTA	VÍA ÓSEA	VÍA ÓSEA ENMASCARADA	PRESENCIA DE ACOPERO
U	M	↓		V	CL	○	△	↓	<	□	-W-
U	M	↓		V	CL	■	X	□	↓	≥	□

OTOSCOPIA: OÍDO DERECHO: Normal

OTOSCOPIA: OÍDO IZQUIERDO: Normal

Pedro Rincón Delgado  
Lady Paola Rincón Delgado  
Especialista en Audiología  
Reg. Prof. 1.092.351.400

## 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	27890329
NOMBRES	CIPRIANA
APELLIDOS	CARRILLO DE FLOREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO	CUCUTA

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de: 07/04/2024 | Estación:  
 Impresión: 14:55:25 | 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 presentado la EPS o

Registro válido

**Fecha de consulta:****08/04/2024****C2****Ficha:****54874019553900001976****Vulnerable****DATOS PERSONALES****Nombres:** CIPRIANA**Apellidos:** CARRILLO DE FLOREZ**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 27890329**Municipio:** Villa del Rosario**Departamento:** Norte de Santander**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:** 05/08/2023**Última actualización ciudadano:** 05/08/2023**Última actualización via registros administrativos:** 25/11/2023

\*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**

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:



**En el 2023 queremos cumplir  
más sueños cerca de ti**



Aprende sobre uso eficiente de energía con CENS



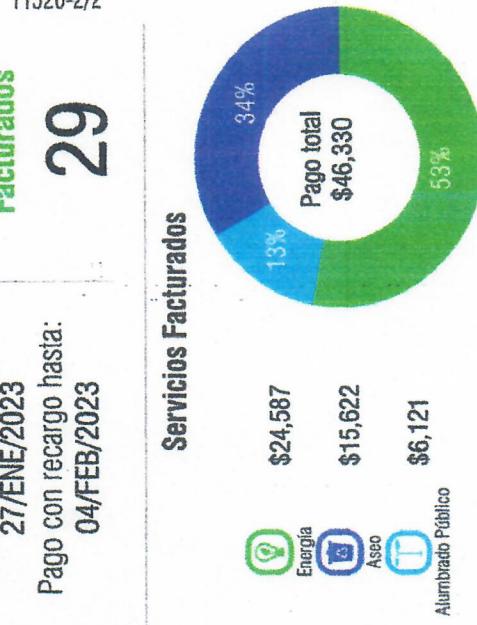
aquí la resolución  
**101-027 y CREG**  
**de 2022, sobre la**  
cisión de medida  
transitoria



Consejos para ahorrar energía



Conoce nuestras ofertas comerciales marcando la opción #8 en el WhatsApp Lucía 01 8000 414115



Tu Información

**Nombre:** Alba Rosa Osonio De Osma  
**Dirección:** Cll 2 11-90  
**Barrio:** San Martín  
**Clase de Servicio:** Residencial  
**Ruta:** 105 01512290990

**Ciudad:** Villa Del Rosario  
**Estrato 1**  
**Tarifa:** Generica

**Tu número de cliente:** **10696**

Documento equivalente a factura N° - 1063548471  
Fecha de emisión: Enero 12/2023  
Tu último pago fué:  
02/ENE/2023  
Pagaste:  
\$51,990

Obtén facilidades estas al día en tu pago!  
¡Escanea y paga!

<b>Fecha de vencimiento</b>	<b>Días Facturados</b>	<b>29</b>
Pago oportuno hasta: <b>27/ENE/2023</b>		
Pago con recargo hasta: <b>04/FEB/2023</b>		

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **60.404.152**

FLOREZ CARRILLO

APELLIDOS

MARTHA CECILIA

NOMBRES

*Marta C. Florez*  
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **17-AGO-1970**

VILLA ROSARIO  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.58**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

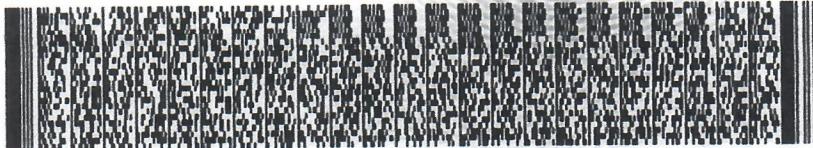
**F**  
SEXO

**16-ENE-1989 VILLA ROSARIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torre*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2510000-00158335-F-0060404152-20090602

0012065949A 1

7590005315

**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>CIPRIANA CARRILLO DE FLOREZ</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( )    T.I. ( )    C.C. (X)    Otro ( )
Número de Documento de Identidad	27.890.329 de Villa del Rosario
Edad	79 años
Genero	Femenino
Dirección	Calle 2 #11-90 Barrio San Martín
Teléfono fijo	3219305406
No. de Celular (2 números si es posible)	3214700326
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Florezcopatricia19@gmail.com">Florezcopatricia19@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	MARTHA CECILIA FLOREZ CARRILLO
Parentesco de la PCD	Hija
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.404.152 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3214700326

**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>818947</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H903
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	