

**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

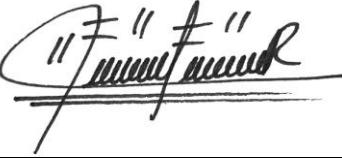
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	30 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	30 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	BERNARDO BUITRAGO MACIA
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	13.254.911 de Cúcuta
Edad	70 años
Género	Masculino
Dirección	Mz A Lote 161 Montevideo I
Teléfono fijo	3163786446
No. de Celular (2 números si es posible)	
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Ybedbuitrago1964@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (<input checked="" type="checkbox"/>) No Aplica: (<input type="checkbox"/>)
Nombre Completo del Representante	YBED BUITRAGO MACIAS
Parentesco de la PCD	Hermana
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.307.637 de Cúcuta
Teléfono fijo y/o No. de celular	3142900265

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)	1233311
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F317
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: _____

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	

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: F317

✓ Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1233311



FECHA DE NACIMIENTO | 19-ENE-1954

CARTAGO | 4
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 | O+ | M

ESTATURA | G.S. RH | SEXO

17-DIC-1975 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-2500100-01063801-M-0013254911-20190222 0064616260A 1 9907427441



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Página	Edad	Sexo	1
13254911	BERNARDO BUITRAGO MACIA	CC13254911		70 A	M	
Dirección del Paciente	CUCUTA, CL 8 # 0E-63 B/MOTILONES					
Empresa		Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso	
NUEVA E.P.S SUBSIDIADO		28/06/2024	09:31	28/06/2024	09:35	

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL DE TIPO AFECTIVO BIPOLAR QUIEN ASISTE A CITA DE CONTROL FARMACOLOGICO

PRUEBAS ORDENADAS

Observaciones:

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :28/06/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :CARBONATO DE LITIO 300 MG TABLETAS Cantidad :360 Dosificación :TOMAR VIA ORAL 1 TB C/12 HORAS

Fecha :28/06/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :LEVOMEPPROMAZINA 25 MG Cantidad :180 Dosificación :TOMAR VIA ORAL 1 TB A LAS 9 PM

Fecha :28/06/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :OLANZAPINA 5 MG TABLETA Cantidad :180 Dosificación :TOMAR VIA ORAL 1 TBA LAS 8 PM

Observaciones :

PARA 6 MESES

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

CITA 6 MESES
PSICOEDUCACION Y PSICORIENTACION
SE CONTINUA EN TRATAMIENTO
CARBONATO DE LITIO 300 MG VO 1-0-1
OLANZAPINA 5 MG VO 0-0-2
LEVOMEPPROMAZINA 25 MG VO 0-0-1

NOTA: LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS ESTAN DENTRO DEL PLAN DE BENEFICIOS DE LOS USUARIOS EN LOS PROTOCOLOS DE MANEJO DE LA PATOLOGIA DE LA PACIENTE Y ES MENESTER DE LA EPS Y LA FARMACIA DE LA EPS DARSELLO AL USUARIO TAL Y COMO LO ORDENA EL ESPECIALISTA TRATANTE DADO A QUE ESTE TRATAMIENTO HACE QUE LA PACIENTE ESTE ESTABLE CLINICAMENTE Y DE NO SUMINISTRASLELO COMO ORDENA LA LEY ES RESPONSABILIDAD DE LA EPS Y DE LA FARMACIA DE LA EPS SI EL USUARIO SE DESCOMPENSA CLINICAMENTE Y REQUIERE HOSPITALIZACION

Observaciones:

REVISION POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.
Endocrino, metabólico y nutricional: NO
REFIERE.
Respiratorio: NO REFIERE.
Cardiovascular: NO REFIERE.
Genitourinario : NO REFIERE.
Musculoesquelético : NO REFIERE.
Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.
Hemolinfático: NO REFIERE.

IDEAS DE SUICIDIO O AUTODAÑO

¿Ha tenido pensamientos Suicidas?:NO,
¿Ha tenido intentos de auto-dáño?:NO,

IMPRESION DIAGNOSTICA

F317 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISION

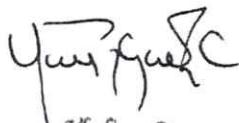
PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :28/06/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad :1

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800
PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:



Vladimir Gomez
PSIQUIATRA - U. ROBARIO
C.C. 88.208.800 R.M. 51682



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Página
13254911	BERNARDO BUITRAGO MACIA	CC13254911	2
Dirección del Paciente	CUCUTA,, CL 8 # 0E-63 B/MOTILONES	Edad	Sexo
Empresa		70 A	M
NUEVA E.P.S SUBSIDIADO			
	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso
	28/06/2024	09:31	28/06/2024
		Hora Egreso	
		09:35	

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

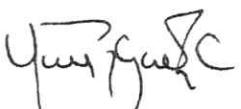
MEDICO TRATANTE

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800
PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:


Vladimir Gomez
PSIQUIATRA - U. ROBARIO
C.C. 88.208.800 P.M. 51682



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Página	
13254911	BERNARDO BUITRAGO MACIA	CC13254911	1	
Dirección del Paciente	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
CUCUTA,, CL 8 # 0E-63 B/MOTILONES	10/01/2024	12:11	10/01/2024	12:14

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL QUIEN ASISTE A CITA DE CONTROL FARMACOLOGICO

PRUEBAS ORDENADAS

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Psiquiatrico:

TRASTORNO BIPO极

EXAMEN FISICO

Fecha y Hora:10/01/2024(12:12), Talla:160.00,
Peso: 55.00 Ind.Masa:21.4800.
T.A.:140/80 , F.C.: , TEMP.: 0.0, F.R.:

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :10/01/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :OLANZAPINA 5 MG TABLETA Cantidad :360 Dosificacion :TOMAR VO 2 TB A LAS 8 PM

Fecha :10/01/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :LEVOMEPPROMAZINA 25 MG Cantidad :180 Dosificacion :TOMAR VO 1 A LAS 9 PM

Fecha :10/01/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :CARBONATO DE LITIO 300 MG TABLETAS Cantidad :360 Dosificacion :TOMAR VO 1 C/12 HORAS

Observaciones:

Observaciones :

PARA 6 MESES

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

CITA 6 MESES
PSICOEDUCACION Y PSICORIENTACION
SE CONTINUA EN TRATAMIENTO
CARBONATO DE LITIO 300 MG VO 1-0-1
OLANZAPINA 5 MG VO 0-0-2
LEVOMEPPROMAZINA 25 MG VO 0-0-1

NOTA: LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS ESTAN DENTRO DEL PLAN DE BENEFICIOS DE LOS USUARIOS EN LOS PROTOCOLOS DE MANEJO DE LA PATOLOGIA DE LA PACIENTE Y ES MENESTER DE LA EPS Y LA FARMACIA DE LA EPS DARSELLOS AL USUARIO TAL Y COMO LO ORDENA EL ESPECIALISTA TRATANTE DADO A QUE ESTE TRATAMIENTO HACE QUE LA PACIENTE ESTE ESTABLE CLINICAMENTE Y DE NO SUMINISTRASELO COMO ORDENA LA LEY ES RESPONSABILIDAD DE LA EPS Y DE LA FARMACIA DE LA EPS SI EL USUARIO SE DESCOMPENSA CLINICAMENTE Y REQUIERE HOSPITALIZACION

IDEAS DE SUICIDIO O AUTODAÑO

¿Ha tenido pensamientos Suicidas?:NO,
¿Ha tenido intentos de auto-dañ?:NO,

IMPRESION DIAGNOSTICA

F317 TRASTORNO AFECTIVO BIPO极, ACTUALMENTE EN REMISION

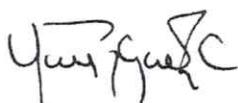
PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :10/01/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad :1

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800
PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:



Vladimir Gomez
PSIQUIATRIA - U. ROBARO
C.C. 88.208.800 P.M. 5162



HOSPITAL MENTAL

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Nro. ATENCIÓN 00490197

REGISTRO MÉDICO 00282777

FECHA 10/01/2024

Página 2

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo
13254911	BERNARDO BUITRAGO MACIA	CC13254911	70 A	M
Dirección del Paciente	CUCUTA,, CL 8 # 0E-63 B/MOTILONES			
Empresa				
NUEVA E.P.S SUBSIDIADO				

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

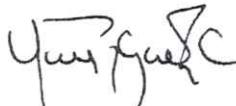
MEDICO TRATANTE

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800
PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:


Vladimir Gomez
PSIQUIATRIA - U. ROBARIO
CC. M.200.300 R.D. 51682



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	13254911
NOMBRES	BERNARDO
APELLIDOS	BUITRAGO MACIA
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	01/04/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/30/2024 14:42:20 | 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

Registro válido

Fecha de consulta:

30/07/2024

Ficha:

54874353664900014860

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BERNARDO

Apellidos: BUITRAGO MACIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13254911

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/08/2023

Última actualización ciudadano: 14/09/2023

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

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

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

NUMERO TRANSACCION: 13297585
FECHA: 02/03/2024 HORA: 15:18:08
CUEÑA/POR: 1090347007
OFICINA V ROSARIO
NIT: 890501734-7

CODIGO SEGURIDAD
#333556236#>%

RECAUDO CENS PREPAGO
REFERENCIA: 14294073821
COMPRA: 4663532
ESTRATO: 1
USO: RESIDENCIAL

PIN: 6830801355305665220

NOM CLIENTE: CARMEN RODRIGUEZ CAMACHO
DIRECCION: MNZ A LOTE 161 CON CALLE 2
4
BARRIO: 1411-MONTEVIDEO (VILLA ROSARIO)
MUNICIPIO: 54074-VILLA DEL ROSARIO
DEPARTAMENTO: 54-NORTE DE SANTANDER

NOM CLIENTE: 645965
MEDIDOR: 14294073821
VALOR VENTA: \$50,000
VALOR PRECARGA: 0

TARIFA: 923-4998
KWH SUBS: 23
SUBSIDIO: -12354
CONTRIBUCION: 0
APL DEU: 990
SALDO: 78350
APL ASED: 40092
SALDO ASED: -2
OPE ASED: VEOLIA ASED NORTE DE SANTANDER

GAS EGP
TEL OPE ASED: 018000950096
FECHA PAGO: 02/03/2024 HORA: 15:18:08
CONSERVE ESTE TIQUETE,
ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO



FECHA DE NACIMIENTO **30-ABR-1964**

CARTAGO
(VALLE)

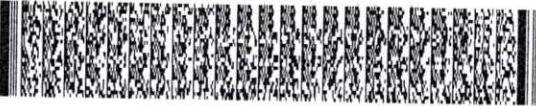
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

21-SEP-1983 CUCUTA

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Colombia*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2510000-00707275-F-0060307637-20150522 0044242660A 1 6973395227