

**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	<b>SAMUEL ANDRES ROZO RANGEL</b>
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	1.094.366.980 de Villa del Rosario
Edad	18 años
Género	Masculino
Dirección	KDX 68 Juan Frío
Teléfono fijo	3133169098
No. de Celular (2 números si es posible)	3204539215
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Rozoluis880@gmail.com">Rozoluis880@gmail.com</a>
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	BELSY RANGEL ANGARITA
Parentesco de la PCD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	37.272.746 de Cúcuta
Teléfono fijo y/o No. de celular	3204539215

**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>1144643</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F710 – G409
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	<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	

**CC 1094366980 SAMUEL ANDRES ROZO RANGEL**

## **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: F710 - G409



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1144643

CÉDULA DE  
CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.094.366.980

Apellidos  
**ROZO RANGEL**

Nombres  
**SAMUEL ANDRES**

Nacionalidad  
**COL** Estatura  
**1.68** Sexo  
**M**  
Fecha de nacimiento  
**22 OCT 2005** G.S.  
Lugar de nacimiento  
**TOLEDO (NORTE DE SANTANDER)**

Fecha y lugar de expedición  
**12 DIC 2023, VILLA DEL ROSARIO**

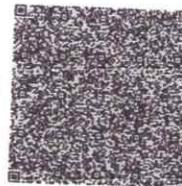
Firma  
NO FIRMA



037846712



REGISTRADOR NACIONAL  
Hernán Peñagos Grado



ICCOLO37846712425100<<<<<<  
0510224M3312120COL1094366980<8  
ROZO<RANGEL<<SAMUEL<ANDRES<<<



Jorge Cristo Sahium  
Villa del Rosario

## PROCESO DE APOYO

### AREA DE TERAPIAS.

### VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

#### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Rozo	2do. Apellido Raquel	Nombres Samuel Andres	DOCUMENTO: 1094366980
Edad : 17	Estado Civil : Soltero	Escolaridad:	Género: F M X
Dirección: KDX68 Juan fijo Ur Rio		Teléfono: 313/3169090	

FECHA: AÑO: 2023 MES: 04 DIA: 14

3204539215

DIAGNÓSTICO: Retraso Mental Moderado (F710)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Epilepsia (C5402)

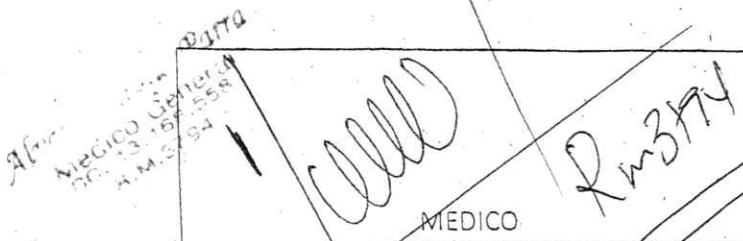
Paciente quien desde los 6 meses de edad presenta cuadro convulsivo diagnosticado como Epilepsia, déficit cognitivo, Microcefalia, Antecedente familiar Epilepsia. Recibe su forma cologica permanente (Clorazepam 20mg / Lomotrigina 100mg) (fenobarbital). A la Valoración presenta Retardo del Aprendizaje cognitivo, cumple órdenes sencillas no complejas. Irritabilidad ocasional.

Semidependiente Ad Bas. Celdas

Requiere Acompañamiento permanente

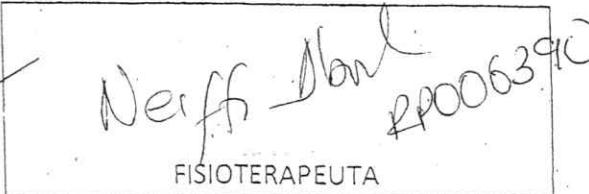
CARACTERIZACIÓN:

DISCAPACIDAD MENTAL SEVERA



Qm394

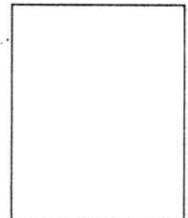
MEDICO





NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta  
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311  
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com



## ATENCIÓN POR NEUROLOGÍA

### DATOS PERSONALES

Nº Atención: 11,24

Ciudad: CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) 25/11/2023 08:40 A. M. Fecha Atención: 25/11/2023 08:40:48a. m.  
TI: 1094366980 Nombres y Apellidos: ROZO RANGEL SAMUEL ANDRES Fecha de Nacimiento: 22/10/2005 Edad: 18 AÑOS 1 MESES 3 DÍA  
Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: NA Teléfono: NA Celular: NA  
Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. Ocupación: NA Acudiente: NO REPORTA  
Teléfono del Acudiente: NO REPORTA Parentesco: NO REPORTA

### MOTIVO DE CONSULTA

NEUROLOGIA INFANTIL CONTROL

IDX

EPILEPSIA REFRACTARIA FOCAL PROBABLEMENTE DE LOBULO FRONTAL GENETICA

DEFICIT COGNITIVO MODERADO

MICROCEFALIA

ANTECEDENTE DE EPILEPSIA POR LÍNEA MATERNA Y PATERNA ( PRIMOS LEJANOS )

HISTORIA DE EPILEPSIA : ULTIMA CRISIS HACE UN MES COMO SIEMPRE PERO NO FUE PRESENCIADA POR MADRE, REFIEREN Q CREEN Q FUE POR GOLPE DE CALOR NO SABEN BIEN PERO VENIAN DANDO LA MEDICACIONMADRE AUMENTO LA DOSIS DE LAMOTRIGINA 300 MG DIA ( 150 MG CADA 12 HORAS ) CON ESTO SIN RECURRIR CRISIS LLEVA 3 MESES SIN NUEVOS EVENTOS

### ENFERMEDAD ACTUAL

SEMILOGIA DE CRISIS: LAS MAS RECIENTES CON PRESENTACIÓN EN VIGILIA Y SUEÑO RELIZA VERSIÓN OCULOCEFALICA HACIA LA IZQUIERDA, CON POSTURAS TÓNICAS Y MOVIMIENTOS CLÓNICOS GENERALIZADOS. DURACIÓN PROMEDIO DE UN MINUTO. SOMNOLENCE POSITAL OCASIONALMENTE MIRADA FIJA Y DESCONEXION DE SEGUNDOS

TTO

CLOBAZAM 20 MG CADA 12HORAS

LAMOTRIGINA 150 MG CADA 12 HORAS

PREVIAMENTE RECIBICE LACOSAMIDA; LVT, OXC, AVP, VIGABATRINA, FENOBARBITAL SIN RESPUESTA CLINICA SE SUSPENDEN.

ANTECEDENTES : NPERINATALES: PRODUC. NIEGA REALIZACIÓN DE ICTERICIA O HIPOGLICEMIA. TO G3P3V3 PADRES NO CONSANGUÍNEOS. EMBARAZO INCONTROLADO, NO COMPLICADO, REFIERE STORCH: NEGATIVA, NACE A TERMINO, PESO 3K BUENA ADAPTACIÓN NEONATAL N-FAMILIARES: PRIMOS DE LOS PADRE CON EPILEPSIA, NIEGA OTRA PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS EN LA FAMILIA NNEURODESARROLLO SC 3 MES SENTO 9 MES A LOS 15 MESES CAMINO

### OBJETIVO

NLUCE EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES, HIDRATADO, AFEBRIL, EUPNEICO. ALERTA, DESORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE NCLARO, COCONCRETO, CON MARCADAS DIFICULTADES EN CALCULO Y ABSTRACCIÓN, CONDUCTA PUERIL, MICROCEFALO, PC: 51 CM, NISOCORIA NORMOREACTIVA, FUNDOSCOPIA BILATERAL NORMAL, SIMETRÍA FACIAL, LENGUA Y UVULA CENTRAL, MOTOR, FUERZA MUSICAL N5 5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, RMT ++ ++++ DE FORMA GENERALIZADA, TONO NORMAL, SENSIBILIDAD SIN ALTERACIONES. MARCHA NORMAL, NLOGRA SALTO MONOPEDAL Y TANDEM. NO DISMETRIAS, DIADOCOCINESIA NORMAL

### EXÁMENES PARA CLINICOS PREVIOS

23/11/23 ANORMAL POR MODERADA DE POL Y POLIPUNTA ONDA GENERALIZADA Q AMENTA DURANTE EL SUEÑO

15/11/2023 HEMOGRAMA NORMAL BUN NORMAL TRANSAMINASAS NORMALES CR NORMAL

09 22 HEMOGRAMA NORMAL, TRASNAMINASAS NORMALES, TSH T4L NORMALES NPRUEBA COGNITIVA 10 22 CI TOTAL 40 N09 2021 VIDEO EEG DE 6 HORAS (NEURO-ENLACE) ANORMAL POR FRECUENTE ACTIVIDAD EPILEPTICA SUBLINICA DE CORTA DURACIÓN, CON OCASIONAL CONTRALATERAL N2019 RESONANCIA MAGNETICA CEREBRAL NO EVIDENCIA DE ALTERACIONES

CODIGO	DIAGNÓSTICOS	ORIGEN	TIPO
F79	RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
G40	EPILEPSIA	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

### ANÁLISIS Y PLAN DE TRATAMIENTO

NO APlica

### ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	CANT	FECHA CREACIÓN
LAMOTRIGINA TABLETAS DE 100 MG	1 TABLETA Y ,MEDIA CADA 12 HORAS POR 120 DIAS	360	25/11/2023 08:49:40a. m.

CLOBAZAM TABX20 MG URBADAN	1 CADA 12 HORAS DURANTE 120 DÍAS. SE DEJA FORMULA POR 4 MESES PERO SU REFORMULACION CON FORMULA DE CONTROL ES MENSUAL	240	25/11/2023 08:50:27a. m.
----------------------------	---	-----	--------------------------

ORDEN A SERVICIOS N° 2

NOMBRE DEL SERVICIO	CANT	FECHA CREACIÓN
[SIN CUPS] VALORACION POR PRIMERA VEZ CON GENETICA HUMANA --- 890248	1	25/11/2023 08:45:09a. m
SOLICITAR CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD EN LA EPS	1	25/11/2023 09:15:09a. m
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	1	25/11/2023 09:18:55a. m

ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD	MOTIVO DE LA REMISIÓN	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

MÉDICO

Firma:  
Nombre: AGUDELO QUINTERO ANGELICA GISET  
R. M.: 1022378243

PACIENTE

Firma:  
Nombre: ROZO RANGEL SAMUEL ANDRES  
TI: 1094366980



## 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	1094366980
NOMBRES	SAMUEL ANDRES
APELLIDOS	ROZO RANGEL
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	17/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

**Fecha de Impresión:** 07/30/2024 09:22:16    **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:

54874838555000000008

B3

Pobreza moderada

#### DATOS PERSONALES

**Nombres:** SAMUEL ANDRES

**Apellidos:** ROZO RANGEL

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1094366980

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:**

06/07/2021

**Última actualización ciudadano:**

18/03/2024

**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



