

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
--	--	---

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	JHOLIANIS ALEXANDRA DELGADO MEDINA
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	1.092.386.907 de Villa del Rosario
Edad	25 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 5 #0-41 Barrio Fátima
Teléfono fijo	3123439115
No. de Celular (2 números si es posible)	3136217733
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	alexandradelgadomedina@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 ISABEL RODRIGUEZ
Parentesco de la PcD	Tía
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	27.898.859 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3136217733
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)	1275384
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H540 – H351 – H001 – H55X
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.ipsprogresando@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: <u> X </u> 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: X Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleana 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	

CC 1092386907 JHOLIANIS ALEXANDRA DELGADO MEDINA

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: H540 - H351 - H001- H55X



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1275384

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.092.386.907

DELGADO MEDINA

APELLIDOS

JHOLIANIS ALEXANDRA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1998
VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

08-SEP-2016 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACIA



P-2510000-00855178-F-1092386907-20161013

0051810408A 2

46681451

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Delgado	Medina	Jholianis Alexandra	cc 1092386903
Edad: 25	Estado Civil: Soltera	Escolaridad: Bachiller	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: Ca 5 N° 0-41 B. Fatima U/Rio		Teléfono: 312/3439115	

FECHA: AÑO: 2024 MES: 02 DIA: 07

DIAGNÓSTICO: Ceguera Ambas Ojos (H540) Retinopatía (H351)

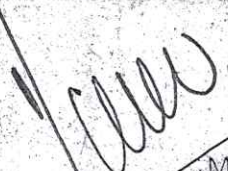
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Calacio (H001) Nistagmo (H55X)

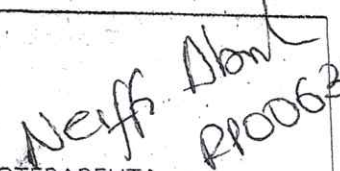
Paciente quien nació con prematuridad lo que le generó trastorno Visual Severo permanente diagnosticado como Retinopatía de la prematuridad causando Ceguera en Ambos Ojos - Nistagmos y movimientos Oculares Irregulares, Aumento del Volumen en el párpado superior e inferior ojo derecho. Presenta Alteración de la fijación y el Seguimiento Visual, Prueba Romberg (+), Marcha con apoyo de bastón, Alteración de la estabilidad y el Equilibrio.

Semidependiente Actividades Básicas Cotidianas

Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD VISUAL SEVERO


MEDICO Alvaro Enrique Parra
Medico General
CC-13.168.558
R.M. 3794


FISIOTERAPEUTA
R100639C
SERVICIO DE TERAPIAS



HISTORIA CLINICA

NOMBRE: JHOLIANIS ALEXANDRA DELGADO MEDINA		IDENTIFICACION: CC 1092386907	HC: 1092386907 - CC	EDAD: 25 Años	SEXO: F
FECHA DE NACIMIENTO: 5/9/1998		RESIDENCIA: CARRERA 5 # 0 - 41 FATIMA	TELEFONO: 3123439115	NORTE DE SANTANDER-CUCUTA	
ZONA RESIDENCIAL: Urbana		ESTADO CIVIL: SOLTERO	OCUPACION:		
DIR. TRABAJO:		TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:		
FECHA INGRESO: 5/2/2024 - 14:45:38		FECHA EGRESO: 5/2/2024 - 15:47:02	CAMA:		
DEPARTAMENTO: 08 - CONSULTAS SEDE DOS		EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:			
CLIENTE: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA		PLAN: NUEVA E.P.S PGP REGIMEN SUBSIDIADO	TIPO AFILIADO: Beneficiario		
IPS: SEDE DOS		DIRECCION: Avenida 1 # 18-74 San Rafael,Frente al parque de los niños	TELEFONO IPS: 607-5960150		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2024-02-05	<p>15:37 MARDY.OCHOA - MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE MANIFESTANDO MOLESTIA OCULAR POR AUMENTO DE VOLUMEN EN PARPADO SUPERIOR E INFERIOR OJO DERECHO, ACUDE A CONTROL OFTALMOLOGICO</p> <p>DIAGNOSTICO: . RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD . CALACIO [CHALAZION] . NISTAGMO Y OTROS MOVIMIENTOS OCULARES IRREGULARES . EXAMEN DE OJOS Y LA VISION . CEGUERA AMBOS OJOS</p> <p>SE EXPLICAN HALLAZGOS: EN VISTA DE ANTECEDENTE DE RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD SE INDICA TRATAMIENTO LUBRICANTE MAS ANTIALERGICO. CONTROL EN SEIS MESES POR OFTALMOLOGIA.</p> <p>PLAN: . CONTROL EN 6 MESES POR OFTALMOLOGIA . TRATAMIENTO LUBRICANTE MAS ANTIALERGICO</p>

APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS				
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA	
CONSULTA MEDICIONES ANATOMICAS FISIOLÓGICAS EXAMENES MANUALES Y ANATOMOPATOLOGICOS	890376	POS CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	5/2/2024 - 15:37:44	
	Observacion	CONTROL EN SEIS MESES POR OFTALMOLOGIA		
	Profesionales	Profesional: MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES CC - 1092965692 Especialidad - OFTALMOLOGIA		
	Orden Profesional	MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES		
	Diagnosticos Presuntivos			

VALORACIÓN OFTALMOLOGÍA	
BIOMICROSCOPIA	
SEGMENTO ANTERIOR	

OJO DERECHO Conjuntiva Hiperemica cornea transparente Cámara anterior formada iris Marrón pupila redonda reactiva a la luz cristalino opaco VAN HERICK GRADO 2	OJO IZQUIERDO Conjuntiva Hiperemica cornea transparente Cámara anterior formada iris Marrón pupila redonda reactiva a la luz cristalino opaco VAN HERICK GRADO 2
PRESION INTRAOCULAR	
OJO DERECHO NORMOTONICO A LA DIGITOPRESION	OJO IZQUIERDO NORMOTONICO A LA DIGITOPRESION
FONDO DE OJO	
OJO DERECHO NO VALORABLE POR OPACIDAD DE CRISTALINO	OJO IZQUIERDO NO VALORABLE POR OPACIDAD DE CRISTALINO

RECOMENDACIONES

EVOLUCIÓN: 318671

FECHA: 05/02/2024

TIPO DE ATENCIÓN:

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES ADICIONALES: TRATAMIENTO

TOBRAMICINA+DEXA UNGÜENTO APLICAR EL UNGÜENTO EN EL BORDE DEL PÁRPADO DONDE NACE LA PESTAÑA 7AM/9PM AMBOS OJOS POR 15 DÍAS
SPRAINER APLICAR CALOR LOCAL CON ANTIFAZ DE GEL POR 3 MINUTOS,LUEGO LAVAR BORDE DE PÁRPADO CON ESPUMA MAÑANA Y NOCHE POR 3 MESES
HIALURONATO+CONDROITIN APLICAR 1 GOTTA CADA 6 HORAS AMBOS OJOS SE FORMULA PARA 6 MESES

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS					
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
H001	CALACIO [CHALAZION]			MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES	2024-02-05
H351	RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD		AMBOS OJOS	MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES	2024-02-05
H540	CEGUERA DE AMBOS OJOS			MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES	2024-02-05
H55X	NISTAGMO Y OTROS MOVIMIENTOS OCULARES IRREGULARES			MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES	2024-02-05
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION			MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES	2024-02-05

ORIGEN DE LA ATENCION

Enfermedad general

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

ALCAFTADINA 0,25% x 3 ml SOLUCION - LAB. :ND - FOF0F00020 (NO CLASIFICADO)

VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA
DOSIS1 GOTTA (S) Cada 12 Hora(s)
CANTIDAD3 SOLUCION
DIAS TRATAMIENTO90 DIA(S)

FORMULÓ: MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES
MEDICAMENTO POS

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:

APLICAR 1 GOTTA AMBOS OJOS CADA 12 HORAS POR UN MES LUEGO SI HAY PRURITO

HIALURONATODSODIO0,1%-SULFATOCONDROITINO,18% 15ml SOLUCION - LAB. :ND - FOF0F00104 (NO CLASIFICADO)

VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA
DOSIS1 GOTTA (S) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD6 SOLUCION
DIAS TRATAMIENTO180 DIA(S)

FORMULÓ: MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES
MEDICAMENTO POS

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:	
APLICAR 1 GOTA AMBOS OJOS CADA 8 HORAS 7AM/1PM/9PM	
TOBRAMICINA 0,3% + DEXAMETASONA 0,1% x 3,5 g CREMA - LAB. :ND - FOFOFO0173 (NO CLASIFICADO)	
VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA	FORMULÓ: MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES MEDICAMENTO POS
DOSIS 1 CREMA (S) Cada 12 Hora(s)	
CANTIDAD 1 CREMA	
DIAS TRATAMIENTO 15 DIA(S)	
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:	
TOBRAMICINA+DEXA UNGÜENTO APLICAR EL UNGÜENTO EN EL BORDE DEL PARPADO DONDE NACE LA PESTAÑA 7AM/9PM AMBOS OJOS POR 15 DIAS	

FINALIDAD DE LA ATENCION	No aplica
---------------------------------	-----------

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

BIOSEGURIDAD COVID-19 La atención brindada al usuario cumple con los lineamientos de bioseguridad dados por el Ministerio de Salud en cuanto al uso adecuado de elementos de protección personal, lavado de manos y medidas de higiene en general con el fin de evitar el contagio del nuevo Coronavirus COVID-19.

MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES



PROFESIONAL
CC - 1092965692
OFTALMOLOGIA

Imprimió: MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES - MARDY.OCHOA

Fecha Impresión : 2024/2/5 - 15:50:25



Grupo epr

Tu Información

Nombre: María Isabel Rodríguez

Dirección: Cra 5 0-41

Barrio: Fatima

Clase de Servicio: Residencial

Ruta: 105 01512310685

Ciudad: Villa Del Rosario

Estrato 1

Tarifa: Generica

Tu número de cliente: 106473

Documento equivalente a factura N° - 1072756788

Fecha de emisión: Marzo 13/2024

Tu último pago fué:

23/FEB/2024

Pagaste:

\$103,430



¡Felicitaciones estas al día en tu pago!

¡Escanear y pagar!

Periodo facturado 09/FEB/2024 a 08/MAR/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

27/MAR/2024

Pago con recargo hasta:

04/ABR/2024

Días
Facturados

29

Servicios Facturados



Energía

\$59,614



Aseo

\$17,534



Alumbrado Público

\$14,222



Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

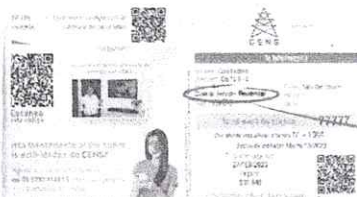
Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales

Descarga la app CENS www.cens.com.coP.
02.
VA.Con este número puedes
hacer trámites y pagosReporta daños y emergencias
marcando gratisNúmero de
cliente:

106473

018000 414 115 ó al 115

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

💡 \$59,614

💧 \$17,534

💡 \$14,222

Por tus servicios pagas

\$91,370

Si tu medidor de energía
presenta fallas,
contacta la línea de
atención nacional

01 8000 414115

Fecha de consulta:

30/07/2024

Ficha:

54874003551500000052

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHOLIANIS ALEXANDRA

Apellidos: DELGADO MEDINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1092386907

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

27/12/2021

Última actualización ciudadano:

27/12/2021

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

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



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	1092386907
NOMBRES	JHOLIANIS ALEXANDRA
APELLIDOS	DELGADO MEDINA
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:07/30/2024 08:35:32

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**,

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **27.898.859**

RODRIGUEZ

APELLIDOS

MARIA ISABEL

NOMBRES

Maria Isabel Rodriguez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1962**

MALAGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

13-DIC-1982 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2510000-00129289-F-0027898859-20081118 0006277304A 1 7590005389