



Cel. 312-7301504
311-5172794

Correo Electrónico : marymogollon138@gmail.com

	PROCESO DE APOYO AREA DE TERAPIAS. VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE AMPLIACIONES FUNCIONALES
--	---

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Rodríguez	2do. Apellido 	Nombres José Rafael	DOCUMENTO: 13170796
Edad: 58	Estado Civil: Casado	Escolaridad:	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: ST Casa 7 Barrio la Villa U Rosario		Teléfono: 312 7301504	

FECHA: AÑO: **2022** MES: **05** DIA: **26**

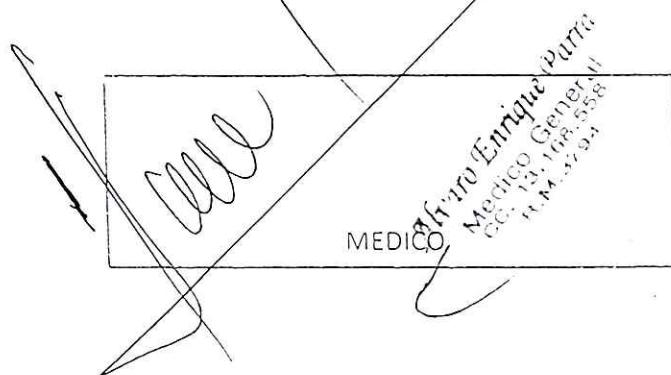
DIAGNÓSTICO: **Secuelas Poliomelitis Infantil A809**

Hemiparesia Izquierdo E802

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien desde el nacimiento se le diagnosticó trastorno neurológico Poliomelitis Infantil que generó como secuela hemiparesia Izquierdo, trastorno articular en cadera Izquierdo con Atrofia miembro Inferior Izquierdo, Neuropatía periférica con alteración deambulación, marcha de segador, trastorno de la coordinación y el equilibrio, inestabilidad Articular con aumento de polígonos sustentación. Dificultad para trasladarse por tramos largos e inestables, dolor ante posturas prolongadas. Semidependiente Actividades Básicas Cotidianas, Desplazamiento y Destreza

CARACTERIZACIÓN: **DISCAPACIDAD MULTIPLE MODERADA (Motoro-sensorial)**





CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 20/12/2023 02:18:46

INGRESO : 420069

RODRIGUEZ JOSE RAFAEL

CC - 13170796

Edad : 60A 1M 26D

Nacimiento : 24/10/1963

Sexo : Masculino

Teléfono : 3127301504

Dirección : manz A CASA 7 LA VILLA

Empresa : NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General**FINALIDAD CONSULTA:** 10 - No Aplica**ESTADO DE CONCIENCIA:** CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO. ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES.**MOTIVO CONSULTA:** " DOLOR EN CADERAS "

ENFERMEDAD ACTUAL : MASCULINO QUIEN ACUDE A CONSULTA MEDICA, CON CC DE LARGA DATA, REFIRIENDO EPISODIOS DE DOLOR EN CADERAS Y COCCIS. CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO NEUROLOGICO POR POLIOMIELITIS INFANTIL CON HEMIPARESIA IZQUIERDA, TRASTORNO ARTICULAR EN CADERA IZQUIERDA CON ATROFIA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, NEUROPATHIA PERIFERICA CON ALTERACION DE DEAMBULACION. ADEMOS REFIERE DIFICULTAD PARA LA VISION.

PARACLINICOS :**ANTECEDENTES :**

TRANSFUSIONALES: NIEGA.

PATOLÓGICOS: POLIOMIELITIS, DISPLASIA CADERA IZQ.

REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES

Peso : 70 kg

Temperatura : 37 °C

Presión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Talla : 170 cm

Frecuencia Respiratoria : 15 R x Min

Presión Arterial Diastólica : 80 mmHg

I.M.C. : 24.22 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 68 L x Min

EXÁMEN FÍSICO :

Osteoarticular (Normal). HEMIPARESIA IZQ.

Músculo - Esquelético (Normal). Músculo - Esqueletico

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal). ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). NEUROLÓGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

PLAN DE MANEJO :

RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL) (Cantidad: 2) DER E IZQ

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (Cantidad: 1) 1 UND

TERAPIA FISICA INTEGRAL (Cantidad: 10) 10 UND

DEXIBUPROFENO 400MG TAB (Cantidad: 15) TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HRS. SI PRESENTA DOLOR

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA (Cantidad: 1) 1 UND

ANALISIS :

PCTE CON DX ANOTADOS. EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO. SE FORMULA ANALGESIA. SS RX CADERAS. SS TERAPIA FISICA. VAL FISIATRIA. SE DAN RECOMENDACIONES.

INTEGRADOS EN SALUD I.P.S. LTDA



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 20/12/2023 02:18:46

INGRESO : 420069

RODRIGUEZ JOSE RAFAEL

CC - 13170796

Sexo : Masculino

Teléfono : 3127301504

Edad : 60A 1M 26D

Nacimiento : 24/10/1963

Dirección : manz A CASA 7 LA VILLA

Empresa : NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

DIAGNÓSTICO :

B91X - SECUELAS DE POLIOMIELITIS - (Confirmado Repetido)

G819 - HEMIPLEJIA NO ESPECIFICADA

Q658 - OTRAS DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA CADERA

H538 - OTRAS ALTERACIONES VISUALES

Jairo Gomez Jimenez
RM 1094246587

GOMEZ JIMENEZ JAIRO ANTONIO
Tarjeta Médica Nro. RM 1094246587
MEDICINA GENERAL

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	13170796
NOMBRES	JOSE RAFAEL
APELLIDOS	RODRIGUEZ
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: 07/08/2024 13:48:43 | 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



Sistema de información
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:

18/12/2023

Ficha:

5487404755400001730

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE RAFAEL

Apellidos: RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13170796

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

21/08/2019

Última actualización ciudadano:

23/08/2019

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



Villa
del
ROSARIO

Recibo Oficial de

ALCALDIA MUNICIPAL

Ley 44/1990 - DIVISIÓN

BRAVA

LIQUIDACIÓN OFICIAL IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO PUEBLO
SUBSECRETARIO DE RENTAS E IMPUESTOS

Fecha Emisión: 19/02/2024 Fecha Vencimiento: 31/03/2024 Tarifa: 5.00

Código Catastral: 01-02-1043-0001-191

Período: 2024

Propietario: MARY ISABEL MOGOLLON GONZALEZ

Documento: 37505689

Dirección: ST A CS 7 BR LA VILLA

Interés Mora: .00

Estrato: 1

Tipo Predio: URBANO - HABITACION

CONCEPTO	VIGENCIA 2024	INTERESES 2024	VIGENCIA 2023	INTERESES 2023
IMPUESTO PREDIAL	2,400.00	0.00	0.00	0.00
SOBRETASA AMBIENTAL	700.00	0.00	0.00	0.00
SOBRETASA BOMBERIL	200.00	0.00	0.00	0.00
SOBRETASA GESTION RIESGO DESASTRES	1,000.00	0.00	0.00	0.00
TOTALES	4,300.00	0.00	0.00	0.00

FECHA: 19/02/2024 HORAS: 08:15:17
VENDEDORA: 1090409070
DIRECCIÓN: VILLA DEL ROSARIO
NET: 890501734-7
PUNTO DE VENTA: NULL
NÚMERO TRANSACCIÓN: 12880499
TIPO TRANSACCIÓN: RECAUDO

CÓDIGO SEGURIDAD:
937624653533424

CÓDIGO CONVENIO: DC10032499000
CONVENIO: 32499 IMP PREDIAL VILLA DEL ROSARIO
IEC: A0057755333
RECIBO: D10000569968
VALOR: 3600
FECHA: 20240331

COMISIONES: \$0
VALOR PAGO: \$3,600
FECHA DEL PAGO: 19/02/2024 HORAS: 08:15:17

BRAVA ES RESPONSABLE POR LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL CORRESPONDIENTE

FACTURA

predial@villarosario.gov.co

DI

PAGUE EN: BANCOLOMBIA - BANCO DE BOGOTÁ - SUPERGIROS

DE

TOTAL 3,600.00
CUPÓN DEL USUARIO

ALCALDIA MUNICIPAL DE VILLA DEL ROSARIO

Impreso el:	19/02/2024	% Interes:	.00	Tarifa:	5.00
Código Catastral:	01-02-1043-0001-191	ID:	37505689		
Dirección:	ST A CS 7 BR LA VILLA				
Nombre:	37505689 - MARY ISABEL MOGOLLON GONZALEZ				
Área Terreno:	0.00	Área Construida:	17.00		
Último Avalúo:	487,000.00				

RECIBO No.	SISTEMATIZACIÓN	
FT00569968	0.00	
TOTAL A PAGAR		
3,600.00		
DCTO. PRONTO PAGO	DCTO. INTERESES	DCTO. CAPITAL
700.00	0.00	0.00
FECHA LIMITE		
31/03/2024		
CUPÓN DE TESORERIA		

PAGUE EN: BANCOLOMBIA - BANCO DE BOGOTÁ - SUPERGIROS

CONCEPTO	VIGENCIA 2024	INTERESES 2024	VIGENCIA 2023	INTERESES 2023	OTRAS VIGENCIAS	INT. OTRAS VIG.	TOTALES
IMPUESTO PREDIAL	2,400.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,400.00
SOBRETASA AMBIENTAL	700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	700.00
SOBRETASA BOMBERIL	200.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	200.00
SOBRETASA GESTION RIESGO DESASTRES	1,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,000.00

INF. DEL PAGO FECHA LÍMITE: 31/03/2024 Impreso el: 19/02/2024

Código Catastral: 01-02-1043-0001-191

Nombre: 37505689 - MARY ISABEL MOGOLLON GONZALEZ

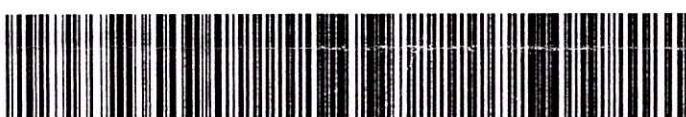
ID: 37505689

PAGUE EN: BANCOLOMBIA - BANCO DE BOGOTÁ - SUPERGIROS

RECIBO No.	FT00569968
TOTAL SIN DCTO	4,300.00
DESCUENTO PRONTO PAGO	700.00
DESCUENTO INTERÉS MORA	0.00
DESCUENTO CAPITAL	0.00
TOTAL A PAGAR	
3,600.00	
CUPÓN DEL BANCO	

ALCALDIA MUNICIPAL DE VILLA DEL ROSARIO

IMPRESO POR: JULIANA



(415)7709998939677(8020)010000569968(3900)0000003600(96)20240331





**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	JOSE RAFAEL RODRIGUEZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	13.170.796 de Villa del Rosario
Edad	60 años
Género	Masculino
Dirección	ST Casa 8 Barrio La Villa
Teléfono fijo	3127301504
No. de Celular (2 números si es posible)	3115172794
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Marymogollon138@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	MARY ISABEL MOGOLLON GONZALEZ
Parentesco de la PCD	Esposa
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	37.505.689 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3115172794

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)	1272294
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	A809 – G802 – B91X – G819 – Q658 – H538
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
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	