

**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	31 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	31 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	EMILCE GAONA GELVEZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. (<input type="checkbox"/>) T.I. (<input type="checkbox"/>) C.C. (<input checked="" type="checkbox"/> X) Otro (<input type="checkbox"/>)
Número de Documento de Identidad	60.411.923 de Villa del Rosario
Edad	45 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 11 Calle 30 Apto 502 Altos de Buenavista
Teléfono fijo	3145684608
No. de Celular (2 números si es posible)	3235010569
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	emilcegaonagelvez@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"/> X) No Aplica: (<input type="checkbox"/>)
Nombre Completo del Representante	ANTHONY JOHNEYCY MATA
Parentesco de la PCD	Esposo
Tipo de Documento Identidad	Cédula Venezolana
Número de Documento de Identidad	V-18.122.116
Teléfono fijo y/o No. de celular	3507390728

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)	724298
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	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	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: G409 – UNIDAD DE VICTIMAS

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 724298



FECHA DE NACIMIENTO **22-NOV-1978**

LUGAR DE NACIMIENTO
VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

ESTATURA **1.57** G.S. RH **O+** SEXO **F**

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION **12-SEP-1997 VILLA ROSARIO**

Carlos Ariel Sanchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2510000-00179858-F-0060411923-20090919

0016301252A 1

26296557

ESE Hospital

Jorge Cristo Sahium

Villa del Rosario

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Gaona	Gelvez	Emilce	60411923
Edad : 44	Estado Civil : Union libre	Escolaridad: Primaria	Género: F X M
Dirección: La Parada Cl 2 N 2A 37 U Piso	Teléfono: 314 5684609		

FECHA: AÑO: 2022 MES: 12 DIA: 07

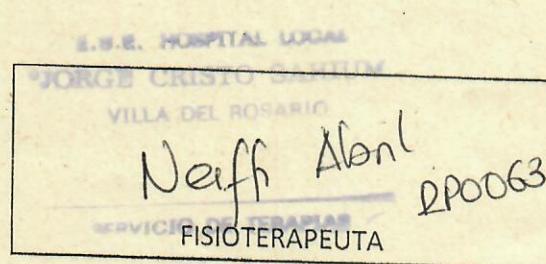
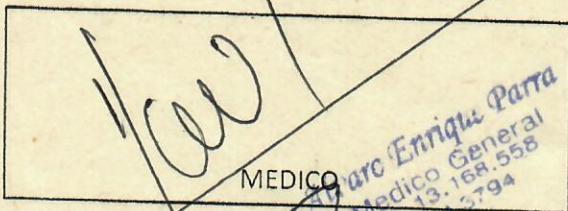
DIAGNÓSTICO: Epilepsia (E403)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien desde los 12 años de edad presenta cuadro convulsivo diagnosticado como Epilepsia, recibe tratamiento farmacológico permanente (Ácido fólico, fentibina, Carbamazepina). A la Valoración presenta trastorno cognitivo y del Aprendizaje, cumple órdenes sencillas no complejas, ocasionalmente convulsiva a pesar del tratamiento farmacológico.

Semidependiente Ad. Básicas Cotidianas

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MENTAL SEVERA.



Fecha Actual: viernes, 15 marzo 2024

SALUD SOCIAL S.A.S.



Direccion Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco
Telefono 607 595 6605

NEUROLOGIA

HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clinica: 60411923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: EMILCE GAONA GELVEZ Identificación: Cédula Ciudadanía 60411923 Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento: 22/noviembre/1978 Edad Actual: 45 Años / 3 Meses / 22 Días ID de Genero: Femenino Raza: INDETERMINADO Estado Civil: Soltero
Dirección: CALLE 2 #2 A-37 BARRIO LA PLAYITA Teléfono: 3145684608
Barrio: LA PARADA Procedencia: VILLA DEL ROSARIO
Ocupación: Correo Electronico: noresponder@previsalud.com.co

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO SUBSIDIADO Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)
Tipo de contrato: Factura_Global Tipo: Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 8 (Fecha: 15/03/2024 04:27 p. m.)

Acompañante:

Parentesco:

Teléfono Acomp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1252261 Fecha: 15/03/2024 3:32:33 p. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

EPILEPSIA

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 45 AÑOS CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA DESDE LOS 30 AÑOS CON ULTIMA CRISIS REGISTRADA EN OCTUBRE 2023 ACTUALMENTE EN MANEJO CON ACIDO VALPROICO 250 MG 1-1-1 Y LEVETIRACETAM 500 MG 1-0-1 CON BUENA ADHGERENCIA Y TOLERANCIA

FAES PREVIOS: FENITOINA, CARBAMAZEPINA, FENOARBITAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema neurológico	No refiere
Sistema otorrino	No refiere
Sistema respiratorio	No refiere
Sistema cardiovascular	No refiere
Sistema gastrointestinal	No refiere
Sistema genitourinario	No refiere
Sistema osteomuscular	No refiere
Sistema endocrino	No refiere
Sistema linfático	No refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras)	No refiere

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Nombre reporte : HCRPHistoBase

1/7

Usuario: 72345743

TAS: 120	/TAD: 70	TAM: 87	NORMAL	FC:	FR	TEMP.	SO2
Peso (Kg)	60,0	Talla (Cms)	170	I.M.C.	PESO NORMAL		
Escala del Dolor		0	Riesgo OM:				

EXAMEN FISICO

Estado general:

Cabeza, cara, cuello:

Torax

Abdomen:

Extremidades superiores:

Extremidades inferiores:

Región lumbosacra:

Genitourinario:

Sistema nervioso central:

Piel y faneras:

ESCALA DE BARTHEL

Comer:

Lavarse:

Vestirse:

Arreglarse:

Deposiciones:

Micción:

Usar el Retrete:

Trasladarse:

Deambular:

Escalones:

TOTAL BARTHEL

0

ANALISIS Y TRATAMIENTO BUENA RESPUESTA TERAPEUTICA, CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO, RECOMENDACIONES GENERALES SIGNOS DE ALARMA, CONTROL EN 6 MESES

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES**ANTECEDENTES**

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Farmacológicos	24/12/2022 7:23:02 a. m.	NIMODIPINO 30 MG FENITOINA 100 MG C 8 HCARBAMAZEPINA 200 MG C 8H
Quirúrgicos	24/12/2022 7:23:02 a. m.	CESAREA
Alérgicos	24/12/2022 7:23:02 a. m.	NIEGA
Médicos	24/12/2022 7:23:02 a. m.	EPILEPSIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha Actual : viernes, 15 marzo 2024

Otros 4/11/2023 8:15:05 a. Comerciante, niega tabaquismo o etilismo, menarquia 14 años, IVM 15 años, IVO 16 años.
m. G3P3A0C1, ciclos irregulares, FUR 26 de octubre, pomeroy, niega HTA, DM, patología renal o tiroides, tíos maternos con epilepsia.

Fumador	Medida Fumador	Tiempo Fumador	Medida Exfumador	Tiempo Exfumador
Fumadores en Casa	Exposición al humo	Tiempo exposición	Medida Exposición	Mascotas en casa
Sustancias			Medida Sustancias	Tiempo Sustancias

Planifica	G	P	A	C	V	E	M
-----------	---	---	---	---	---	---	---

EXAMENES

Código	Nombre

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Código	Nombre
890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

Observación: EN 6 MESES

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnóstico
Impresion_Diagnostica	G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Enfermedad_General

MEDICAMENTOS

CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
47792	ACIDO VALPROICO 250 MG CAPSULA	250 MG	540	CAPSULA

Vía de administración: Oral Duración: 180 Días

Indicación: UNA CAPSULA ORAL CADA 8 HORAS

20007896-18 LEVETIRACETAM 500 MG TABLETA 500 MG

360 TABLETA

Vía de administración: Oral Duración: 180 Días

Indicación: UNA TABLETA ORAL CADA 12 HORAS

INDICACIONES MEDICAS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Código	Nombre

Nombre reporte : HCRPHistoBase

3/7

Usuario: 72345743

Fecha Actual : viernes, 15 marzo 2024

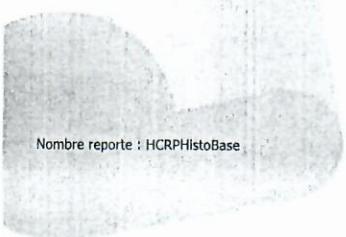
Observación:



BARRANCO CAMARGO LUIS ALBERTO
NEUROLOGIA
72345743

o 72345743

previsaud



Nombre reporte : HCRPHistoBase

4/7
Usuario: 72345743

Fecha de Impreso : viernes, 15 marzo 2024



SALUD SOCIAL S.A.S.

Nit 802023344

Direccion Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco

Telefono 607 595 6605

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

000000824650

Nº Historia Clínica: 60411923

Nº Folio: 8

Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: EMILCE GAONA GELVEZ

Identificación: 60411923

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 22/noviembre/19 Edad Actual: 45 Años / 3 Meses / 22 Días

Estado Civil: Soltero

78

Teléfono: 3145684608

Dirección: CALLE 2 #2 A-37 BARRIO LA PLAYITA

Ocupación:

Procedencia: VILLA DEL ROSARIO

Régimen: Regimen_Simplificado

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN

Plan Beneficio: COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO

POBREZA EXTREMA)

SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1252261 Fecha: 15/03/2024 4:19:37 p. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

Diagnóstico

G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX		ÁREA SERVICIO: 999	TEMPORAL ÁREA DE SERVICIO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	ESTADO	OBSERVACION
890374	CONSULTA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1		Rutinario	
	EN 6 MESES				

Total Items: 1

72345743 - BARRANCO CAMARGO LUIS ALBERTO

NEUROLOGIA

Fecha de Impreso : viernes, 15 marzo 2024

SALUD SOCIAL S.A.S.

Nit 802023344

Direccion Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco

Telefono 607 595 6605

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS



000000824650

Nombre reporte : HCRPReporteDBase

Página 2/0

72345743



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	60411923
NOMBRES	EMILCE
APELLIDOS	GAONA GELVEZ
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/31/2024 11:35:16	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:

31/07/2024

Ficha:

54874052554100001666

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILCE**Apellidos:** GAONA GELVEZ**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 60411923**Municipio:** Villa del Rosario**Departamento:** Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

22/08/2019

Última actualización ciudadano:

11/09/2020

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:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

TODOS POR UN
PAÍS NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Bogotá, Lunes 2 de Abril de 2018

Señor(a)

EMILCE GAONA GELVEZDirección: CALLE 2 NUMERO 2A-37-LA PARADA
Teléfono: 3208003483
VILLA DEL ROSARIO, NORTE DE SANTANDER

Consultando el Registro Único de Víctimas (RUV) el día Lunes 2 de Abril de 2018, nos permitimos informar el estado y hecho(s) victimizante(s) por el cual se encuentra registrado(a) **EMILCE GAONA GELVEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía 60411923 en calidad de declarante y/o jefe de hogar:

DETALLES VICTIMA					
NK000156270	2411727 (RUV)	Incluido	Desplazamiento forzado	19/11/2008	NORTE DE SANTANDER
TEORAMA					

Que dentro de la declaración rendida NK000156270 y el hecho victimizante **Desplazamiento forzado**, se evidencia la relación del siguiente núcleo familiar:

DETALLES VICTIMAS	DETALLES HOGAR	DOCUMENTO ESTADO VICTIMA	ESTADO VICTIMA	FECHA DE RESOLUCION
YESID ANDREY URIBE GAONA	Hijo(a)/Hijastro(a)	1093502742	Incluido	11/18/2008
BRAYAN STIVEN URIBE GAONA	Hijo(a)/Hijastro(a)	1095502743	Incluido	11/18/2008
EMILCE GAONA GELVEZ	Esposo(a)/Compañero(a) (Declarante)	60411923	Incluido	11/18/2008
YESID URIBE BALLESTEROS	Jefe(n) de hogar	13377768	Incluido	11/18/2008
CARMEN ALEJANDRA ORTIZ GAONA	Hijo(a)/Hijastro(a)	1092360820	Incluido	11/18/2008

Código Verificación: 2018040213533422

Debe tener en cuenta que la conformación del grupo familiar inscrito en el Registro Único de Víctimas está determinado por la información que de manera libre y voluntaria realizó la persona que declaró ante el Ministerio Público. De esta manera, el grupo familiar queda registrad; tal y como lo expresó el (a) declarante, quien lo conformó, basado en los factores de tiempo, modo y lugar de los hechos victimizantes.

De conformidad con el Artículo 15 de la Constitución, toda la información suministrada por la Víctima y aquella relacionada con la solicitud de Registro es de carácter RESERVADO, citado en el parágrafo 1º del Artículo 156 de la Ley 1448 de 2011; de igual manera el artículo 31 del decreto 4800 en su numeral noveno señala: "Garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información y abstenerse de hacer uso de la información contenida en la solicitud de registro o del proceso de diligenciamiento para obtener provecho para sí o para terceros".



Grupo epm

18-07

Tu Información

Nombre: Emilce Gaona Gelvez

Dirección: Cra 11 clil - 30 Irr 4 apt 502

Barrio: Altos De Buena Vista

Ciudad: Villa Del Rosario

Clase de Servicio: Residencial

Estrato 1

Ruta: 105 01512104494

Tarifa: Generica

Tu número de cliente: 689248

Documento equivalente a factura N° - 1075445394

Fecha de emisión: Julio 11/2024

Tu último pago fué:

19/MAY/2024

Pagaste:

\$138,600



Evite la suspensión del servicio

3

Periodos de atraso:
¡Escanea y paga!

Periodo facturado 08/JUN/2024 a 07/JUL/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

INMEDIATO

Días Facturados

Fecha de suspensión:

INMEDIATO

30

Vigilante Superintendente HU R 754001.000

2267 22

Servicios Facturados



\$150,902



\$55,993



\$47,175

Gobierno Público



