

**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          | 29 de Julio de 2024           |
| Fecha de expedición de la autorización         | 29 de Julio de 2024           |

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA**

|   |   |
|---|---|
| Nombre Completo   | <b>LUIS JESUS DAZA SANJUAN</b>  |
| Tipo de Documento Identidad   | R.C. ( <input type="checkbox"/> )    T.I. ( <input checked="" type="checkbox"/> )    C.C. ( <input type="checkbox"/> )    Otro ( <input type="checkbox"/> ) |
| Número de Documento de Identidad  | 1092358289 de Villa del Rosario   |
| Edad  | 10 Años   |
| Género  | Masculino   |
| Dirección   | Carrera 9 #2-08 Barrio Bellavista   |
| Teléfono fijo   | 3008198058  |
| No. de Celular (2 números si es posible)  | 3118106228  |
| Municipio de residencia   | Villa del Rosario   |
| Correo Electrónico  | <a href="mailto:Cristina26109@gmail.com">Cristina26109@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   | CRISTINA SANJUAN FRANCO   |
| Parentesco de la PCD  | Madre   |
| Tipo de Documento Identidad   | Cédula de ciudadanía  |
| Número de Documento de Identidad  | 1.092.340.358 de Villa del Rosario  |
| Teléfono fijo y/o No. de celular  | 3118106228  |

**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>982525</b>   |
| Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)   | F700  |
| Fuente de Recursos de la autorización   | <input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023<br><input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios<br><input type="checkbox"/> Empresa Privada<br><input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional<br><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"/><br>Nombre: _____<br>No. de Teléfono: _____<br>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,<br>Dirección: Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita<br>Teléfono: 3188631534 Para Citas<br>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: _____<br>Justificación si requiere consulta domiciliaria: _____<br>_____                                 |
| 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: _____<br>Movilidad: _____<br>Comunicación: _____<br>Persona de apoyo: <input checked="" type="checkbox"/><br>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  |   |

TI 1092358289 LUIS JESUS DAZA SANJUAN

## 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

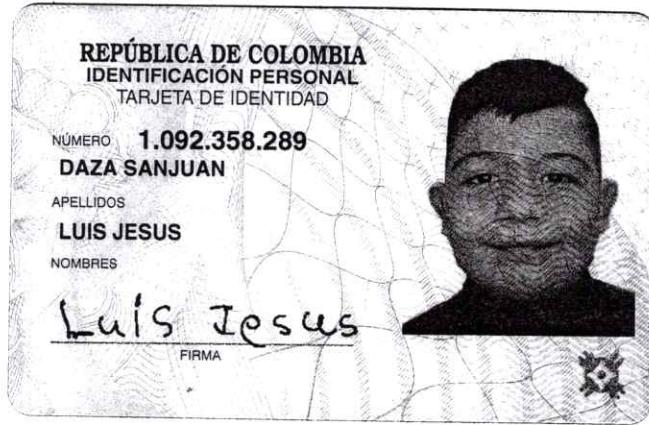
### Observaciones

DIAGNOSTICOS: F700



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 982525



Fecha Actual : martes, 11 junio 2024



## SALUD SOCIAL S.A.S.

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

### PSIQUETRIA PEDIATRICA HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clinica: 1092358289

#### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LUIS JESUS DAZA SANJUAN  
Identificación: Tarjera de identidad 1092358289 Sexo: Masculino  
Fecha Nacimiento: 26/junio/2013 Edad Actual: 10 Años / 11 Meses / 16 Días ID de Genero: Masculino Raza: INDETERMINADO Estado Civil: Soltero  
Dirección: CARRERA 9 #2-08 BELLAVISTA  
Barrio: OTRO  
Ocupación:  
Teléfono: 1092358289  
Procedencia: CUCUTA  
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° 63 (Fecha: 11/06/2024 01:23 p. m.)  
Acompañante: Parentesco: Teléfono Acomp:  
Dirección Resp: Nº Ingreso: 1451081 Fecha: 11/06/2024 12:41:08 p. m.

#### DATOS DE LA ATENCIÓN ANAMNESIS

##### Motivo de la Consulta

EDAD: 10 AÑOS  
ESCOLARIDAD: 3ERO PRIMARIA , MARIA INMACULADA  
VIVE: MADRE , NONA, NONO , PRIMO  
PADRES SEPARADOS HACE 4 AÑOS  
RELACION CERCANA CON EL APDRE  
ASISTE CON MADRE: CRISTINA SANJUAN AMA DE CASA, EM'PLEADA EN HOGAR  
PADRE: MARIO: DOMICILIARIO

MC: PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

##### Enfermedad Actual

EA: PACIENTE CON DIF EN SUS PROCESOS DE APRENDIZAJE SE DEMORA EN SUS APRENDIZAJE ESCOALR , REQUIERE APOYO EN SU DICTADO , TRANSCRIBE, IGUAL DIF EN TODAS LAS AREAS, CON DIF EN HABILIDADES SOCIALES , RECHAZO A ACTIVIDADES ESCOALRES, SE DIVIERTE EN EL COELGIO , CON INTERESES SOCIALES , EEG NORMAL . BUEN PATRON DE SUEÑO Y DE ALIMENTACION, EN CASA MANEJO DE SU CONDUCTS , NO QUEJAS ESCOALRES DE CONDUCTA , CON DIF EN ACTIVIDADES DE LA COTIDIANIDAD.

#### REVISION 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 |

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha Actual : martes, 11 junio 2024

Sistema osteomuscular No refiere  
Sistema endocrino No refiere  
Sistema linfático No refiere  
Sistema tegumentario (piel y faneras) No refiere

| TAS:             | 90   | /TAD:       | 60 | TAM: | 70  | NORMAL | FC:    | 70 | FR        | 16 | TEMP. | 36,00 | SO2        | 96      |
|------------------|------|-------------|----|------|-----|--------|--------|----|-----------|----|-------|-------|------------|---------|
| Peso (Kg)        | 30,0 | Talla (Cms) |    |      | 130 |        | I.M.C. |    | BAJO PESO |    |       |       |            |         |
| Escala del Dolor |      |             | 0  |      |     |        |        |    |           |    |       |       | Riesgo OM: | Ninguno |

**Estado general:**

Cabeza, cara, cuello:

Torax

Abdomen:

Extremidades superiores:

Extremidades inferiores:

Región lumbosacra:

Genitourinario:

Sistema nervioso central:

Piel y faneras: EXAMEN MENTAL: EUTIMICO, PENSMAIENTO LOGICO COHERENTE RELVANTE SIN IDEAS DE AUT90 NI HETERAOGERSION , POBREZA IDEOVERBAL , SENOP SIN ALTERCAION JUICIO CONSERVADO

Comer:

Lavarse:

Vestirse:

Arreglarse:

Deposiciones:

Micción:

Usar el Retrete:

Trasladarse:

Deambular:

Escalones:

**TOTAL BARTHEL**

0

**ANALISIS Y TRATAMIENTO** PACIENTE CON DIF EN APRENDIZAJE DEFICIT COGNITIVO LEVE , SE REALIZA PSICOEDUCACION CONTROL EN 3 MESES  
REHABILITACION COGNITIVA CON NEUROPSICOLOGIA : 12  
REALIZAR PIAR EN AMBIENTE ESCOLAR

**EXAMEN FISICO / SIGNOS VITALES**

**ANTEROPosterior**

TIPO

FECHA

OBSERVACIONES

Nombre reporte : HCRPHistoBase

2/4

Usuario: 63549820

Fecha Actual : martes, 11 junio 2024

|               |                              |  |
|---------------|------------------------------|--|
| Médicos       | 27/04/2023 11:47:13<br>a. m. | 1ER GESTA CONTROLADO CESAREA A TERMINO SIN COMPLICACIONES<br>NEURODESARROLLO MARCHA 12M 1ER PALABRS 12M FRASES 18M CONTROL DE<br>ESFINTERES 18M ESCOLARIZADO EN 4TO GRADO FAMILIARES NIEGA EPILEPSIA<br>ENF PSQUIATRICA O RM |
| Psicológicos  | 12/12/2023 4:09:48<br>p. m.  | NO   |
| Psiquiátricos | 12/12/2023 4:09:48<br>p. m.  | NO   |
| Médicos       | 11/06/2024 1:23:44<br>p. m.  | TR DE APRENDIZAJE  |

| 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

FUP

G

P

A

C

V

E

M

### EXAMENES

| Código | Nombre                              |
|--------|-------------------------------------|
| 944301 | TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA |

Observación: REHABILITACION COGNITIVA CON NEUROPSICOLOGIA : 12

### RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

### PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

| Código | Nombre   |
|--------|--|
| 890385 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUEIATRIA PEDIATRICA |

Observación: CONTROL EN 3 MESES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

### DIAGNOSTICOS

| Tipo diagnostico      | Código | Nombre  | Diagnóstico                                   |
|-----------------------|--------|---|---|
| Impresion_Diagnostica | F700   | RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO | <input checked="" type="checkbox"/> Principal |

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Otra

### MEDICAMENTOS

| CUM | Nombre | Concentración | Presentación | Cantidad |
|-----|--------|---------------|--------------|----------|
|     |        |               |              |          |

Via de administración:

Duración:

Días

Nombre reporte : HCRPHistoBase

3/4

Usuario: 635+9820

INDICACIONES

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

| Código | Nombre |
|--------|--------|
|        |        |

Observación:

Alfonso P.  
RN. 63549820

MONSALVE QUINTERO NOHORA XIMENA  
PSIQUIATRIA PEDIATRICA  
63549820 o 63549820



## 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   | TI                 |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1092358289         |
| NOMBRES                  | LUIS JESUS         |
| APELLIDOS                | DAZA SANJUAN       |
| 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: 07/26/2024 17:10:15 | 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 valido

Fecha de consulta:

26/07/2024

Ficha:

54874062523900000205

A3

### Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS JESUS

Apellidos: DAZA SANJUAN

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1092358289

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/08/2023

Última actualización ciudadano:

18/08/2023

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

Consejos  
ahorrar en tu  
consumo

j Chatea con Lucía, chat  
bot de CENS!

Ábrete a tus contactos la linea  
323 2315115  
y escríbenos desde WhatsApp o si  
quieres acceder a nuestros servicios



¡Feliz día Papá!

Con Credisomos tienes un bono  
de \$3,500,000 para que  
celebres tu día.



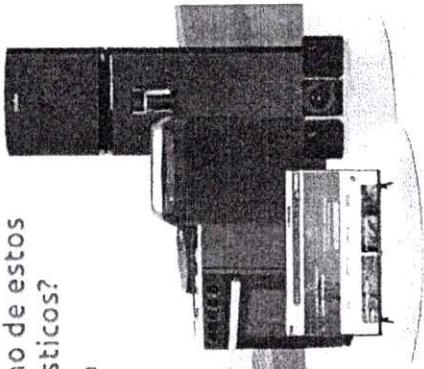
SOMOS

Algunas de las personas  
que más nos apoyan



¿Quieres ganar uno de estos  
electrodomésticos?  
Únete al concurso  
Usuario Piloso

¡Regístrate ahorral  
Escaneando este código.



El hurto reiterado de infraestructura eléctrica atenta contra la disponibilidad permanente  
del servicio y te pone sin energía por un término indeterminado.

Para una mejor atención de periodo de pago reporta daños en el servicio a la  
línea 1394 o envíanos un correo a soporte@cen.com.co (Peso \$500.000 - 2017)

#### Compensación Calidad del Servicio

|                 | Periodo Actual | Mes 2 | Mes 3 | Mes 2 | Mes 3 |
|-----------------|----------------|-------|-------|-------|-------|
| Indicadores     |                |       |       |       |       |
| C transformador |                |       |       |       |       |
| DIG             | 41,74          |       |       |       |       |
| DUU             | 6.687          |       |       |       |       |
| HC              | 0              |       |       |       |       |
| V.R Compensar S | 0              |       |       |       |       |
| Dr              | 301.762        |       |       |       |       |
| Gpr Calidad     | 21             |       |       |       |       |
| FUG             | 15             |       |       |       |       |
| FU              | 4              |       |       |       |       |
| VC              | 0              |       |       |       |       |
| CEC             | 0              |       |       |       |       |
| g               | 16             |       |       |       |       |

#### Información de tu instalación

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Medidor Activo:   | 44247737 |
| Medidor Reactiva: |          |

Alimentador: ELS099

Nivel de tensión: 1

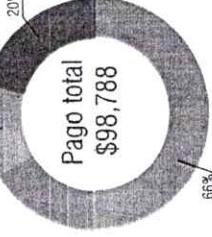
Carga instalada: 6

Constante de medida: 1

Egresos documento equivalente

factura puesta en ejecutivo en  
varios años (1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024).

De conformación el año 2015  
de 1995, la firma mecánica que  
aparece a continuación, tiene plena  
validez para todos los efectos  
legales.  
José Manuel González Cárdenas  
Representante Legal



Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a  
<https://sites.piacetopay.com/censcentraleselectricasdeins/login>

Puntos de pago

Auestas Cúcuta 75 - BBVA - Coopencens - Cogasimales - Almacenes Éxito - Ilinorte Bancolombia - Davivienda - Electry - FTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Caíeros y Datafonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)

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.co](http://www.cens.com.co)

