

**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

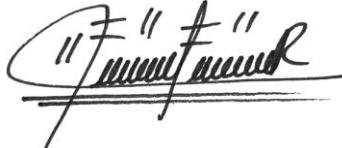
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	26 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	26 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	AILYN SOFIA CELIS NAVARRO
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. (X) C.C. () Otro ()
Número de Documento de Identidad	1092358764 de Villa del Rosario
Edad	10 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 11 #1-59 Barrio San Gregorio
Teléfono fijo	3132237058
No. de Celular (2 números si es posible)	3134117978
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Celisita.19@hotmail.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	ANDREA CAROLINA CELIS ROZO
Parentesco de la PCD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.092.347.041 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3134117978

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)	587263
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F700 -F919
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
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: F700 - F919



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 587263

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.092.358.764**
CELIS NAVARRO

APELLIDOS
AILYN SOFIA

NOMBRES

AILYN SOFIA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **11-SEP-2013**

LOS PATIOS
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

11-SEP-2031

O+

F

G S RH SEXO

FECHA DE VENCIMIENTO

22-ABR-2021 VILLA DEL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-2510000-01240114-F-1092358764-20210622

0074695675A 9

8501934023

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Cels	2do. Apellido Nauarro	Nombres Ailyn Sofia TI	DOCUMENTO: 1092358764
Edad : 10	Estado Civil : Menor	Escolaridad: —	Género: F M
Dirección: Calle 1-59 B San Martín		Urb	Teléfono: 313/2237058

FECHA: AÑO: 2024 MES: 06 DIA: 12

DIAGNÓSTICO: Retraso Mental leve (F700)

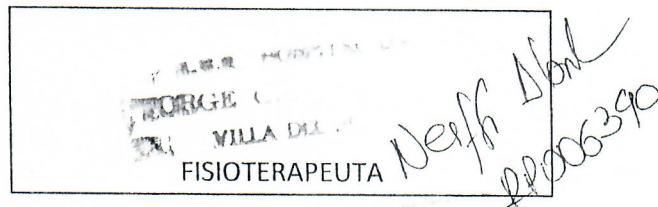
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Trastorno de la Conducta (F919)

Paciente que presenta trastorno de la conducta y el comportamiento por lo que se le diagnostica Retraso Mental. Requiere tratamiento farmacológico permanente (Resperidona 1mg). A la Valoración presente Atención dispersa, Irritabilidad, cumple órdenes sencillas no complejas, dificultad para comunicarse con el entorno, agresividad, no acata órdenes., comportamiento impulsivo.

Semidependiente Act. Básicas Cuidanras

Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MENTAL MODERADO



INDICACIÓN MEDICA

HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clínica: 1092358764

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: AILYN SOFIA CELIS NAVARRO

Nº Folio: 19 Folio Asociado:

Fecha Nacimiento: 11/septiembre/20 Edad Actual: 10 Años 7 Meses / 20 Días
13

Identificación: 1092358764

Sexo: Femenino

Dirección: CARRERA 11 159 SAN MARTIN

Estado Civil: Soltero

Procedencia: VILLA DEL ROSARIO

Teléfono: 3132237058

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA

Régimen: Régimen Simplificado

Plan Beneficios: COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO
SUBSIDIADONivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN
POBREZA EXTREMA)

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 11352405 Fecha: 2/05/2024 11:45:36 a.m.

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa External: Enfermedad_General

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Detalle: PACIENTE FEMENINA DE 10 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DEFÍCIT INTELLECTUAL LEVE REQUIERE TRAMITE DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD, EDUCACIÓN ESCOLAR CON ADAPTACION CURRICULAR PLAN PIAR POR DECRETO NACIONAL 1421 DEL 2017

SALUD SOCIAL S.A.S.

Nit 802023344



**Direccion Av. 2 # 19-90 Barrio Blanco
Telefono 607 5956605**

CONSTANCIA

Consecutivo N° 1125

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 02/may/2024 11:33 a. m.
Médico: 55239033 SILVANA VERGEL ROSALES
Información Paciente: AILYN SOFIA CELIS NAVARRO
Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad Numero: 1092358764 Edad: 10 Años 7 Meses / 20 Días
EPS: EPS042 COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Entidad:

Tipo Paciente: Subsidio Sexo: Femenino

F. Nacimiento: 11/09/2013

DETALLE DE LA CONSTANCIA

PACIENTE FEMENINA DE 10 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DEFICIT INTELECTUAL LEVE REQUIERE TRAMITE DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD EDUCACION ESCOLAR CON ADAPTACION CURRICULAR PLAN PIAR POR DECRETO NACIONAL 1421 DEL 2017

Medico 55239033 - VERGEL ROSALES SILVANA

SALUD SOCIAL S.A.S.



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

NEUROLOGIA PEDIATRICA
HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clínica: 1092358764

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: AILYN SOFIA CELIS NAVARRO Identificación: Tarjederalentidad 1092358764 Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento: 11/septiembre/201 Edad Actual: 10 Años / 7 Meses / 20 Días ID de Genero: Femenino Raza: BLANCO Estado Civil: Soltero
3
Dirección: CARRERA 11 1 59 SAN MARTIN Teléfono: 3132237058
Barrio: SAN MARTIN Procedencia: VILLA DEL ROSARIO
Ocupación: Correo Electrónico:noreponder@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° 19 (Fecha: 02/05/2024 11:45 a. m.)

Acompañante: Parentesco: Teléfono Acomp:
Dirección Resp: N° Ingreso: 1352465 Fecha: 2/05/2024 10:28:01 a. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

CONCURRE CON TIA
EDAD 10 AÑOS
TTO DE CONDUCTA MULTIFACTORIAL

Enfermedad Actual

REFEIRE TIA QUE LA NIÑA NO HA TENIDO CAMBIOS CONDUCTUALES, AUN ES AGRESIVA IMPULSIVA, NO VIVE CON LA MADRE, AGREDE A NIÑOS MAS PEQUEÑOS, ESTA MEDICADA, NO SABE LA DOSIS INDICADA.
NO ESTA REALIZANDO TERAPIAS.
NO HA SIDO VALORADA POR PSIQUIATRIA,

TRAE RESULTADOS
PRUEBA COGNITIVA CV 57 RP 67 MT 71 VP 78 CI TOTAL 60 .
TSH 3.3
GLUCOSA 90
HEMOGRAMA NORMAL.

HC ANTERIOR
REFEIRE TIA REFIERE QUE LA NIÑA NO TIENE ACATAMIENTO DE ORDENES, ES DESAFIANTE CONDUCTAS ESCAPISTAS "LE GUSTA ESTAR EN LA CALLE", "SE LA LLEVO LA POLICIA" ES DISRUPTIVA, ACTIVIDAD MOTORA, NO MIDE EL PELIGRO, MUY DISPERSA, NO APRENDE, LE CUESTA LA LECTO ESCRITURA LOS CALCULOS MATEMATICOS, LA COMPRENSION LECTORA, OLVIDOS FRECUENTES, TIENE BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTACION BAJA FLEXIBILIDAD, LE CUESTA SEGUIR INSTRUCCIONES. TIENE ACTIVIDAD MOTORA EXCESIVA MALA PRONUNCIAACION DE LAS PALABRAS , ES AGRESIVA IMPULSIVA.
LA ABUELA TIENE LA CUSTODIA DE LA NIÑA, LA MADRE ESTA ENFERMA Y NO SE HACE CARGO. ES
NIEGA CONVULSIONES.

ANTECEDENTES:
2DA GESTA CONTROADO NO HAY DATOS CLAROS

Nombre reporte : HCPRHistobase

1/5

Usuario: 1090499414

NEURODESARROLLO MARCHA 12 M 1ER PALABRAS NR FRASES NO SABE
ESCOLARIZADA EN 2DO GRADO
FAMILIARES NIEGA EPILEPSIA ENF PSIQUIATRICA O RM

NO TIENE ESTUDIOS.
SUFRIÓ DE ABUSO SEXUAL A LOS 5 AÑOS POR PARTE DEL PADRE (YA TIENE DENUNCIA EN LA FISCALIA) EL PADRE ESTÁ LIBRE.
ESTA HISTORIA NO PUEDE SER USADA COMO PRUEBA O PERITAJE ALGUNO.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema neurológico	No refiere
Sistema otorrino	No refiere
Sistema respiratorio	No refiere
Sistema cardiológico	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

TAS: 90	/TAD: 60	TAM: 70	NORMAL	FC: 74	FR 14	TEMP. 36,00	SO2 99
Peso (Kg)	40,5	Talla (Cms)	139	I.M.C.	PESO NORMAL		
Escala del Dolor		0	Riesgo OM:				

EXAMEN FÍSICO**Estado general:****Cabeza, cara, cuello:****Torax****Abdomen:****Extremidades superiores:****Extremidades inferiores:****Región lumbosacra:****Genitourinario:****Sistema nervioso central:**

Alerta, funciones mentales superiores conservadas. pupilas isocóricas, normoreactivas, no oftalmoparesias, simetría facial, uvula centrada, resto de pares sin déficit. tono y trofismo adecuados, fuerza 5/5 en 4 extremidades, rml +++/+++++
BAJA COGNICION DISRUPTIVA.

Piel y faneras:**ESCALA DE BARTHEL****Comer:****Lavarse:****Vestirse:****Arreglarse:****Deposiciones:****Micción:****Usar el Refrete:****Trasladarse:****TOTAL BARTHEL**

Deambular:

Escalones:

0

ANALISIS Y TRATAMIENTO PACIENTE CON TTO SEVERO DE CONDUCTA MULTIFACTORIAL, DEFICIT INTELECTUAL LEVE SE INDICA PIAR - CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**ANTECEDENTES**

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Pediátricos	21/06/2023 12:03:33 p. m.	AMIGDALITIS
Médicos	19/08/2023 10:34:24 a. m.	2DA GESTA CONTROADO NO HAY DATOS CLAROSNEURODESARROLLO MARCHA 12 M 1ER PALABRAS NR. FRASES. NO SABE ESCOLARIZADA EN 2DO GRADO FAMILIARES NIEGA EPILEPSIA ENF PSQUIATRICA O RM
Psicológicos	25/08/2023 10:23:45 a. m.	NIEGA
Psiquiátricos	25/08/2023 10:23:45 a. m.	NIEGA

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
FUP							

EXAMENES

Código	Nombre

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Código	Nombre
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA 8 SESIONES POR MES POR 6 MESES

Observación:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Nombre reporte : HCPHistoBase

3/5

Usuario: 1090499414



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	1092358764
NOMBRES	AILYN SOFIA
APELLIDOS	CELIS NAVARRO
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 16:04:24 | 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:

26/07/2024

Ficha:

54874062523900000103

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: AILYN SOFIA

Apellidos: CELIS NAVARRO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1092358764

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/07/2019

Última actualización ciudadano:

09/07/2023

Última actualización via 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



Tu Información

Nombre: N. Bravo
Dirección: Cra 11-59
Barrio: San Gregorio
Clase de Servicio: Residencial
Ruta: 105 01512302705

Tu número de cliente: **106780**

Documento equivalente a la factura N° - 1072756429
Fecha de emisión: Marzo 13/2024



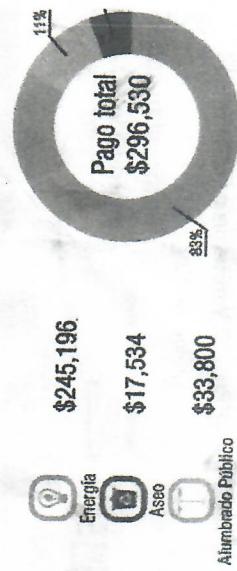
Escanea y pagá!

Días Facturados **29**
Pago oportuno hasta: **27/MAR/2024**
Pago con recargo hasta: **04/ABR/2024**

Fecha de vencimiento

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

Servicios Facturados



Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414

Reporte de datos en Norte de Santander al 1115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales



medio electrónico ingresando a

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, che
<https://sites.placetopay.com/censcentral/electricasdeins/login>

Aquestas Circuito 75 - BBVA - Compracenter - Cogestimales - Almacenes Exitó - Itinerario Bancolombi
Intos de pago

Aquestas Circuito 75 - BBVA - Compracenter - Cogestimales - Almacenes Exitó - Itinerario Bancolombi
Intos de pago



FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1989**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA **O+** G.S. **F** SEXO

04-DIC-2008 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2510000-00152569-F-1092347041-20090315 0010317083A 1 26290573