

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO **88.188.403**

OSORIO ALBARRACIN

APELLIDOS
JOSE DE JESUS

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ENE-1961**

SAN GIL
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-DIC-1990 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2510000-00163845-M-0088188403-20090722 0013743257A 1 7580009249

CL 3229478083 - 313-8115953

Correo Electrónico : asod:cap@gmail.com



SALUD SOCIAL S.A.S.
Dirección Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco
Teléfono 607 595 6605
HISTORIA CLÍNICA
FISIATRÍA

N° Historia Clínica: 88188403

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JOSE DE JESUS OSORIO ALBARRACIN **Identificación:** Cédula Ciudadanía 88188403 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 08/enero/1961 **Edad Actual:** 63 Años / 2 Meses / 8 Días **Raza:** MESTIZO **ID de Genero:** Masculino **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CALLE 15 N14-62/1ERO DE MAYO **Teléfono:** 3213341847
Barrio: PRIMERO DE MAYO **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 NEUROLÓGICO SUBSIDIADO **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)
Tipo de contrato: Factura_Global **Tipo:** Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 6

(Fecha: 18/03/2024 12:45 p. m.)

Acompañante: Parentesco: **Teléfono Acomp:**
Dirección Resp: **N° Ingreso:** 1256488 **Fecha:** 18/03/2024 11:00:35 a. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS

Motivo de la Consulta **Riesgo OM:**
INGRESA PARA PROCEDIMIENTO
Enfermedad Actual
G824 CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

861411 INYECCION MATERIAL MIORELAJANTE 4 EXTREMIDADES
TOXINA BOTULINICA 200 UI X4 TOTAL 800 UI
ASEPSIA ANTISPEISA
miembros superior derecho se inyecta intramuscular biceps pronador, flexores de dedo y muñeca
miembros inferior derecho se inyecta intramuscular isquiotibial, gastrocnemio y tobilla posterior
miembros superior izquierdo se inyecta intramuscular biceps, pronador, flexores de dedo y muñeca
miembros inferior izquierdo se inyecta intramuscular isquiotibial, gastrocnemio y tobilla posterior
tolera procedimiento egresa estable

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
Impresión Diagnóstica	G824	CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General



HISTORIA CLÍNICA FISIATRIA

N° Historia Clínica: 88188403

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JOSE DE JESUS OSORIO ALBARRACIN Identificación: Cédula Ciudadanía 88188403 Sexo: Masculino
 Fecha Nacimiento: 08/enero/1961 Edad Actual: 62 Años / 8 Meses / 24 Días Raza: MESTIZO ID de Genero: Masculino Estado Civil: Soltero
 Dirección: CALLE 15 N14-62/1ERO DE MAYO Teléfono: 3213341847
 Barrio: PRIMERO DE MAYO 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° 4

(Fecha: 03/10/2023 04:18 p. m.)

Acompañante:

Parentesco:

Teléfono Acomp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 866390 Fecha: 3/10/2023 3:53:01 p. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

Riesgo OM:

ingresa para procedimiento

861411 inyección de material miorelajante (toxina botulínica) n°1 miembro superior derecho
 861411 inyección de material miorelajante (toxina botulínica) n° miembros superior izquierdo
 861411 inyección de material miorelajante (toxina botulínica) miembros inferior derecho
 861411 inyección de material miorelajante (toxina botulínica) miembros inferior izquierdo
 idx g824 cuadriplejia espastica

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

idx g824 cuadriplejia espastica

ingresa para procedimiento

861411 inyección de material miorelajante (toxina botulínica) n°1 miembro superior derecho
 861411 inyección de material miorelajante (toxina botulínica) n° miembros superior izquierdo
 861411 inyección de material miorelajante (toxina botulínica) miembros inferior derecho
 861411 inyección de material miorelajante (toxina botulínica) miembros inferior izquierdo

toxina botulínica tipo a 200 ul n°4 800 ul

asepsia antisepsia en cada área

se realiza inyección de material miorelajante (toxina botulínica) n°1 miembro superior derecho: bíceps, pronador, flexores dedos

se realiza inyección de material miorelajante (toxina botulínica) n° miembros superior izquierdo derecho: bíceps, pronador, flexores dedos

se realiza inyección de material miorelajante (toxina botulínica) miembros inferior derecho: tríceps sural tibial posterior e isquiotibiales

se realiza inyección de material miorelajante (toxina botulínica) miembros inferior izquierdo: tríceps sural tibial posterior e isquiotibiales

egresa estable tolera procedimiento

DIAGNOSTICOS

Impresión Diagnóstica	Código	Nombre	Diagnostico
Impresión Diagnóstica	G824	CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

Fecha Actual: martes, 06 febrero 2024

SALUD SOCIAL S.A.S.

Nit 802023344

Direccion Calle 5 # 0 - 11 Lleras

Telefono 607 595 6605

FORMULA MEDICA EXTERNO



Num. Formula: SC_00000757695

Codigo Habilitacion: 080010276001

N° Historia Clínica: 88158401

N° Folio: Fecha atención: 6.02.2024 2:00:04 p.m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JOSE DE JESUS OSORIO ALBARRACIN

Identificación: 88158401 Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 08 enero 1981 Edad Actual: 43 Años 0 Meses 28 Dia

Estado Civil: Soltero

Dirección: CALLE 15 N° 467 TIRO DE MAYO

Telefono: 311341847

Procedencia: VILLA DEL ROSARIO

Ocupación:

DATOS DE AFILIACION

Entidad: COONALCO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.

Regimen: Regimen Simplificado

Plan Beneficios: CUOTA MODELO NEUROLOGICO SUBSIDIADO

Nivel: Estrato: SUBSIDIADO GRUPO APOBACION EN PROPRIO ATRIBUTO

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Telefono Resp.:

Dirección Resp.:

N° Ingreso: 1154978 Fecha: 6.02.2024 2:00:04 p.m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

Area Servicios: PROMOTORIA LLERAS MODELO NEUROLOGICO

Diagnostico: GOME CUADRIPELIZ SPASTICA

MEDICAMENTOS POS

Medicamento: 5000575865 TOXINABOLIN A TIPO A 200 mg POLVO COMPAVARELON SUE Cantidad: 4 CUATRO

Concentracion: 200 mg Cada: 1 Dg Dosis: 4 Presentacion: AMPOLIX Via Admin: Intramuscular Duracion (Dias): 0

Observaciones: uso intramuscular 400 mg 4 veces al dia

Vigencia Formula: ESTA FORMULA TIENE UNA VIGENCIA DE 30 DIAS A PARTIR DE SU GENERACION

Medicamento: 7584997665 PREGABALINA 150 MG CAPSULA Cantidad: 150 CINCUENTA

Concentracion: 150 MG Cada: 1 Dg Dosis: 1 Presentacion: CAPSULA Via Admin: Oral Duracion (Dias): 30

Observaciones: 1 cada noche por 3 meses

Vigencia Formula: ESTA FORMULA TIENE UNA VIGENCIA DE 30 DIAS A PARTIR DE SU GENERACION

Medicamento: 2804517865 CICLOTRIAZAPINA 100 mg TABLETA Cantidad: 75 SESENTAY CINCO

Concentracion: 100 MG Cada: 48 Hora Dosis: 1 Presentacion: comprimido Via Admin: Oral Duracion (Dias): 150

Observaciones: 1 capsula cada 48 horas en la noche por 3 meses

Medico: PEREZ LUBO PEDRO ANTONIO

72288897

Verificación: 06/02/2024

Parina 13

RECIBIDO 06/02/2024

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	88188403
NOMBRES	JOSE DE JESUS
APELLIDOS	OSORIO ALBARRACIN
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: 07/08/2024 17:24:21 Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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



Registro válido

Fecha de consulta:

08/07/2024

Ficha:

54874026549600000036

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE DEJESUS

Apellidos: OSORIO ALBARRACIN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 88188403

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

29/07/2019

Última actualización ciudadano:

29/07/2019

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:

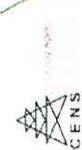
Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



Consejos para
ahorrar energía



SOMOS
Grupo EPM



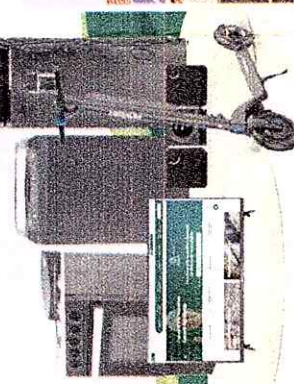
Grupo EPM



¿Quieres ganar premios mientras
aprendes a ahorrar energía?

Únete al concurso
Usuario Piloso

¡Regístrate ahora!
Escanear este código



Apoyan:



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

Sección de Atención al Cliente - Línea 800 522 955 - Bogotá, D.C. - Colombia

Compensación Calidad del Servicio

Indicadores	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Mes 2	Mes 3
C transformador	11702426-De la Empresa					
DIUG	41.74					
DIU	3.97					
HC	0					
V/R Compensar S	0					
Ot	303.181					
Grp Calidad	21					
FIUG	15					
FIU	6					
VC	0					
CEC	0					
%	16					

Información de tu instalación

Medidor Activa: 8374952
Medidor Reactiva:
Alimentador: ELSC69
Nivel de tensión: 1
Carga instalada: 1.3
Constante de medida: 1

El presente documento equivale a la factura presunta emitida en virtud del artículo 142 de la Ley 689 de 2001.
De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece a continuación, tiene plena validez para todos los efectos legales.

José Miguel González Campo
Representante Legal

Medios de pago

Puntos de pago

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

Apuestas Cucula 75 - BBVA - Coompecens - Coguasimales - Almacenes Éxito - Ilmorite Bancolombia - Davivienda - Efecty- PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Datafonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)



SOMOS
Grupo EPM

Ella merece lo mejor. Con
Credisomos tienes un
bono de \$300.000 para el
cambio de la nevera.
Llámanos y te contamos
cómo recibirlo.
607.582.1715



Energía
Solar

La energía solar, hoy al
alcance de tu mano,
conoce más en
www.cens.com.co
y solicita tu
cotización.

Tu Información

Nombre: P Osorio
Dirección: Cra 15a 14-62
Barrio: Primero De Mayo
Clase de Servicio: Residencial
Ruta: 105 01512231395

Ciudad: Villa Del Rosario
Estrato 1
Tarifa: Genérica

Tu número de cliente: 110016

Documento equivalente a factura N° - 1074131480

Fecha de emisión: Mayo 14/2024

Tu último pago fue:
20/ABR/2024

Pagaste:
\$55.650



¡Felicidades estas al día en tu pago!

¡Escanear y pagar!

Periodo facturado 09/ABR/2024 a 08/MAY/2024

Fecha de vencimiento

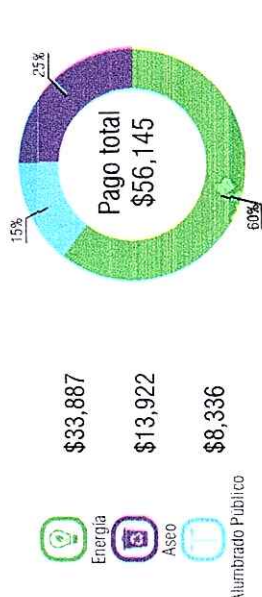
Pago oportuno hasta:
28/MAY/2024

Pago con recargo hasta:
04/JUN/2024

Días
Facturados

30

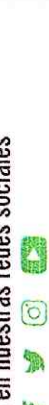
Servicios Facturados



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



Centrales Eléctricas del Norte de Santander S.A. E.S.P.

NIT: 890500514-9. Somos Autorretenedores a título de Renta. Resolución 547 del 25 de Enero de 2002. Grandes Contribuyentes. Resolución DIAN 0012220 del 26 de diciembre de 2022 / Agentes Retenedores IVA.

Servicio de energía

Comercialización (CV): 132.6322

Generación (G): 390.8290

Transmisión (T): 54.2667

Distribución (D): 294.0457

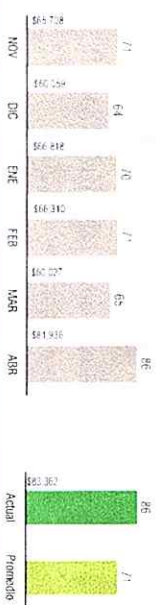
Costo Unitario \$/KWh: 969.3279

Consumo SUBSISTENCIA 1/3 kWh

FECHA PUBLICACIÓN: 20/ABR/2024

Subsidio (%): -59.3489

Histórico de consumo \$/KWh



Información de consumo / Detalle del servicio de energía

Activa	Lectura	kWh	Reactiva	Lectura	kVArh
Actual	17431	86	Actual		
Anterior	17345		Anterior		

Concepto

CONSUMO ACTIVA	\$ 83.362
SUBSIDIO	\$ -49.475

Valor Mes

Servicio de aseo

Empresa VIOLEA ASEO NINTE DE SANTANDER

Sitio Web: www.violea.com.co/informacion

Centro de servicio al cliente: 018000930096

Clase de servicio: RESIDENCIAL - R

Frecuencia de barrido: 1

Subsidio (\$): -459

NIT: 807005020

Teléfono: 018000930096

Dirección: AV 4A - 8N-57 ZONA INDUSTRIAL

Estado: 1

Frecuencia de recolección: 3

Subsidio (%): 20

Costo Unitario

VBA	Consumo (Ton)	Tarifa (\$)
TRBL	0.0674	13.801
TRBL	0.0674	13.688
TRLU	0.0674	12.341
TRRA	0.0674	12.323
TRA	0.0586	12.318
CUNA	0.0586	12.335
TARNA	0.0586	12.335
TARNA	0.0586	12.335
CFT	0.0586	12.335

Concepto

SUBSIDIO ASEO	\$ 4.459
COMERCIALIZACION POR SUSCRIP	\$ 3.237
DESCUENTOS	\$ 3.914
COMERCIALIZAC APROVECHAMIENTO	\$ 9.512
RECOLECCION Y TRANSPORTE	\$ 3.979
BARRIDO Y LIMP DE AREAS PUBL	\$ 716
INCENTIVO AL APROVECHAMIENTO	\$ 392
LIMPIEZA URBANA	\$ 569
TRATAMIENTO DE LIXIVIADOS	\$ 494
VALOR BASE APROVECHAMIENTO	\$ 2.435
DISPOSICION FINAL	\$ 2.435

Valor Mes

Total de aseo

\$ 13.922

Impuesto alumbrado público

Clausula CPSCU 25	Suplido activo (Municipio) Villa Del Rosario
Suplido pasivo (Contribuyente) P Osorio	Concesionario Concesion American Lighting S.A.S. Tel 5644164
Norma municipal que aprueba Acuerdo No 006 de 2017	
Para mayor informacion comunicarse con la alcaldia de tu municipio y para mantenimiento al operador en la linea 5644164 Concesion American Lighting S.A.S.	
Base Gravable 83.362	Tarifa 10
CONCEPTO	Valor Mes
IMPUESTO ALUMBRADO PUBLICO	\$ 8.336

Total alumbrado público

\$ 8.336

Con este número puedes hacer trámites y pagos Reporta daños y emergencias marcando gratis

cliente: 110016
018000 414 115 ó al 115

Portal de Autogestión



Gestiona tu cuenta de energía en el Portal de Autogestión
Regístrate en www.cens.com.co / Servicios en línea

Servicios Facturados

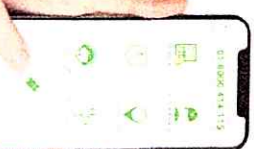
\$33,887

\$13,922

\$8,336

Por tus servicios pagas

\$56,145

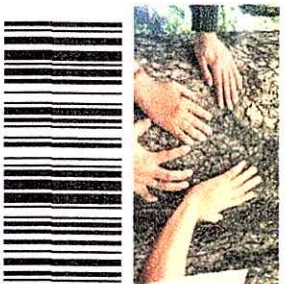


Solicita tu turno de atención a través de la App de CENS

Descárgala en:



Dale una mano al Medio Ambiente
Ahora recibe tu factura por correo electrónico
Ingresa a www.cens.com.co



Por tus servicios pagas

\$ 56,145



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.373.769**

ALBARRACIN De OSORIO

APELLIDOS

ROQUELINA

NOMBRES

Roquelina Albarracin

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1938**

MOGOTES
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

12-JUL-1962 SAN GIL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2510000-00143430-F-0028373769-20081227

0008935507A 1

7580005933

 <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>
--	--	---

<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</p>	
<p>DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	
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
<p>DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA</p>	
Nombre Completo	JOSE DE JESUS OSORIO ALBARRACIN
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (<input checked="" type="checkbox"/>) Otro ()
Número de Documento de Identidad	88.188.403 de Villa del Rosario
Edad	63 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 15A #14-62 Barrio Primero de Mayo
Teléfono fijo	3229478083
No. de Celular (2 números si es posible)	3138115953
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Asodicap@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"/>) No Aplica: ()
Nombre Completo del Representante	ROQUELINA ALBARRACIN DE OSORIO
Parentesco de la PcD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	28.373.769 de San Gil
Teléfono fijo y/o No. de celular	3138115953
<p>INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN</p>	
Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	854192
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G824
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	Eleane 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	