

**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

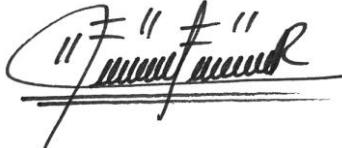
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	27 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	27 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	CARLOS JULIO SERRANO PEREZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	88.045.005 de Abrego
Edad	65 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 13 #24-25 Barrio Gran Colombia
Teléfono fijo	3115088867
No. de Celular (2 números si es posible)	3147551189
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Teresita206@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: () No Aplica: (X)
Nombre Completo del Representante	
Parentesco de la PCD	
Tipo de Documento Identidad	
Número de Documento de Identidad	
Teléfono fijo y/o No. de celular	

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)	866912
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	R268 – I694 – I10X – I48X
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: _____ 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	

CC 88045005 CARLOS JULIO SERRANO PEREZ

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

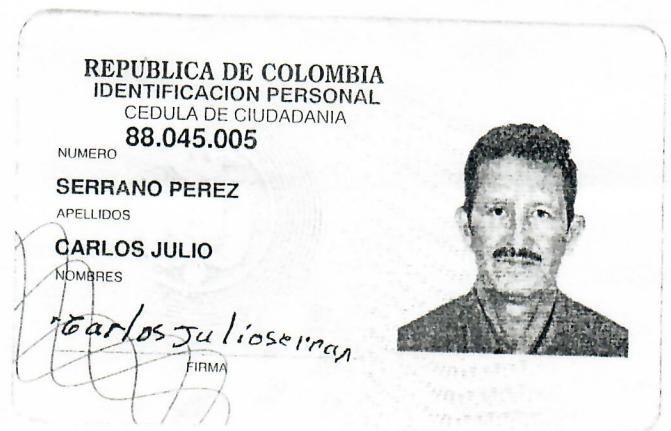
Consultorio 2024 (2024-01-01 a 2024-12-31) id:1818

Observaciones

DIAGNOSTICOS: R268 - I694 - I10X - I48X

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 866912



FECHA DE NACIMIENTO **07-OCT-1958**

ABREGO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-MAY-1977 ABREGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GUERRERO VACA

A-2510000-55163413-M-0088045005-20071221 02860073550 02 262096041



IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

HISTORIA CLÍNICA

Dirección: CR 13 # 24-25 GRAN COLOMBIA
Ciudad: CUCUTA

E-mail:
Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA

Identificación: 88045005

Fecha de nacimiento: 07/10/1958

Estado civil:

Barrio: CENTRO

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Paciente: CARLOS JULIO SERRANO PEREZ

Edad: 65 Sexo: M Tipo vinculación: SUBSIDIADO

Ocupación:

Zona: Urbana

Estrato:

Teléfono: 311 5088867 - 3046312402 N. Afiliación: NO APLICA

Responsable:

Parentesco:

Teléfono:

Fecha/ Hora de Atención: 18/01/2024 18:40 - Fecha de digitalización: 18/01/2024 18:57

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL MEDICO DOMICILIARIO

CUIDADOR

TERESA SANCHEZ

MOTIVO DE INGRESO AL PROGRAMA

PACIENTE CON EVIDENCIA DE DISMINUCION DE LA MOVILIDAD

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA CON CUADRO CLINICO CON ANTECEDENTES DE SECUELAS DE ACV, FIBRILACION AURICULAR, HTA SINDROME DE INMOVILIDAD QUIEN REFIERE SE ENCUENTRA ASINTOMATICO NO DISNEA NO FIEBRE NO VOMITO NO DIARREA NO CONVULSIONES PENDIENTE VALORACION POR NEUROLOGIA

ANTECEDENTES PERSONALES

SECUELAS DE ACV, FIBRILACION AURICULAR, HTA SINDROME DE INMOVILIDAD

ANTECEDENTES FAMILIARES

NINGUNO

ANTECEDENTES MÉDICOS

SECUELAS DE ACV, FIBRILACION AURICULAR, HTA SINDROME DE INMOVILIDAD

ANTECEDENTES SISTEMÁTICOS

NO

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

NO

REVISIÓN POR SISTEMA

NO

LATERALIDAD

NO

SIGNOS VITALES**INDICACIONES:**

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES

T.A. (Mm/Hg): 112/66/

F-C (x min): 68

F-R (x min): 17

T (°): 36

S.O (%):

Glucometría (mg/dl):



IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.

NIT 900257281-1

Identificación: 88045005

Fecha de nacimiento: 07/10/1958

Estado civil:

Página 2 de 3

HISTORIA CLÍNICA

Paciente: CARLOS JULIO SERRANO PEREZ

Edad: 65 Sexo: M Tipo vinculación: SUBSIDIADO

Ocupación:

TALLA(m):

PESO(Kg):

IMC (kg/m²):

ESCALAS

Glasgow: 15

Interpretación: Paciente normal

Barthel: 40

Interpretación: Severa: 25-45 pts

Karnofsky: 50

Interpretación: Incapaz de trabajar, capaz de vivir en el hogar y atender la mayoría de las necesidades personales, requiere diversos grados de asistencia

EXAMEN FÍSICO

Descripción general: BUENAS CONDICIONES GENERALES ALERTA ESTABLE

Cabeza y cuello: NORMOCEFALA MOH PINRAL CUELLO SIN ADENOPATIAS

Cardiopulmonar: RSCRS SIN SOPLOS MURMULLO VESICULAR SIN AGREGADOS

Abdomen: BLANDO NO MASAS NO MEGALIAS NO DOLOR RI

Genitourinario: NO VALORADO EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA CON EVIDENCIA DE PAÑAL DURANTE LA CONSULTA

Extremidades: NO EDEMA PULSOS PRESENTES BUEN LLENADO CAPILAR SIMETRICOS

Sistema Nervioso Central: HEMIPLEJIA DERECHA DISARTRIA

ESTADO ACTUAL

Complicaciones: NINGUNO

Accidentes: NINGUNO

Eventos adversos: NINGUNO

EVOLUCIÓN

Análisis de estudios diagnósticos

NO APORTA

Análisis de laboratorios clínicos

NO APORTA

Análisis

PACIENTE MASCULINO CON CUADRO CLINICO CON ALTERACION DE LA MARCHA POR SECUELAS DE ECV PACIENTE CON ANTECEDENTES YA DESCritos E HISTORIA CLINICA AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA NORMOTENSO NORMOCARDICO NO DISNEA SE DECIDE CONTINUAR IGUAL MANEJO INSTAURADO, TERAPIAS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES, PENDIENTE VALORACION POR NEUROLOGIA, SE SOLICITA CONTROLRS DE TIEMPOS DE COAGULACION POR UTILIZACION DE WARFARINA SE CONTINUA IGUAL MANEJO

Plan

1. PAQUETE DE ATENCIÓN DOMICILIARIO A PACIENTE CRONICO CON TERAPIAS - VISITA MEDICA DOMICILIARIO MENSUAL - TERAPIA FISICA 8 AL MES - TERAPIA DEL LENGUAJE 4 AL MES - cita control con neurologia - cita con psicologia 2. CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO cronico. AMIODARONA 200 mg 30.0 Tomar 1 Tabletas cada 24 Horas durante 30 Día (s) TOMAR UNA TABLETA DIARIA BISACODILO 5 mg 30.0 Tomar 1 Tabletas cada 24 Horas durante 30.0 Día (s) TOMAR UNA TABLETA DIARIA EN LA NOCHE // SEGUN NECESIDAD CARVEDILOL 6,25 mg 60.0 Tomar 1 Tabletas cada 12 Horas durante 30 Día (s) TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS NIMODIPINA 30 mg 60.0 Tomar 1 Tabletas cada 12 Horas durante 30 Día (s) TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS WARFARINA 5 mg 30.0 Tomar 1 Tabletas cada 24 Horas durante 30.0 Día (s) TOMAR MEDIA TABLETA UNA VEZ AL DIA 3. SE DN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES 4. SS INR TP Y TPT nuevamente toma domiciliaria 5. TERAPIA OCUPACIONAL 10 AL MES



IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

Identificación: 88045005
Fecha de nacimiento: 07/10/1958
Estado civil:

Paciente: CARLOS JULIO SERRANO PEREZ
Edad: 65 Sexo: M | Tipo vinculación: SUBSIDIADO
Ocupación:

HISTORIA CLÍNICA

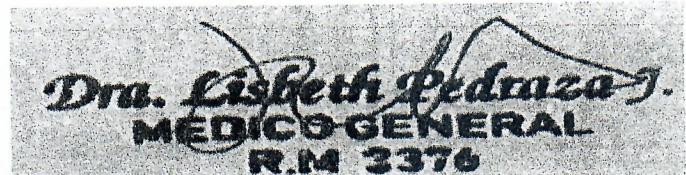
DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	TIPO	PRINCIPAL
R268	OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS	CONFIRMADO REPETIDO	(X)
I694	SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA	CONFIRMADO REPETIDO	
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	CONFIRMADO REPETIDO	
I48X	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	CONFIRMADO REPETIDO	

FINALIDAD DE CONSULTA

CAUSA EXTERNA

CONDICIONES GENERALES AL MOMENTO DEL EGRESO



LIBERTAD CAROLINA PEDRAZA JURADO

CC : 1098625449

MEDICO GENERAL

Tarjeta Profesional: 543376



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	88045005
NOMBRES	CARLOS JULIO
APELLIDOS	SERRANO PEREZ
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: 07/25/2024 15:19:21 | 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:

25/07/2024

Ficha:

54874361547800000015

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS JULIO**Apellidos:** SERRANO PEREZ**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 88045005**Municipio:** Villa del Rosario**Departamento:** Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/03/2024**Última actualización ciudadano:** 13/03/2024**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

