

**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**

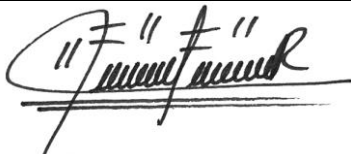
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	06 de Agosto de 2024
Fecha de expedición de la autorización	06 de Agosto de 2024

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

Nombre Completo	<b>NAYIBE LISBETH GALVIS PEÑARANDA</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( ) T.I. ( ) C.C. ( X ) Otro ( )
Número de Documento de Identidad	1.092.347.965 de Villa del Rosario
Edad	33 años
Género	Femenino
Dirección	Calle 10 #10-38 Casa 1 Barrio La Palmita
Teléfono fijo	3007731813
No. de Celular (2 números si es posible)	3118834394
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:yailingalvis@gmail.com">yailingalvis@gmail.com</a>
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	NADIVE PEÑARANDA HERNANDEZ
Parentesco de la PcD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.407.756 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3007731813

**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>973129</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G931 – M414 – G800 – G409 – F709
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"/> <b>Nombre:</b> _____ <b>No. de Teléfono:</b> _____ <b>Nombre de la Empresa:</b> _____

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, Dirección: <b>Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita</b> Teléfono: <b>3188631534 Para Citas</b> Email: <b>aux.gestion.ipsprogresando@gmail.com</b>
<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: <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: <b>X</b> Otro: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
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	

## 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: G931-M414-G800-G409G-F709



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 973129

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 1.092.347.965

GALVIS PEÑARANDA

APELLIDOS

NAYIBE LISBETH

NOMBRES

NO FIRMA  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1991

VILLA ROSARIO  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

29-ABR-2009 VILLA ROSARIO


FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2510000-00184849-F-1092347965-20091010 0017030638A 1 26293987



	PROCESO DE APOYO	CODIGO: PAAS 0141
	AREA DE TERAPIAS.	VERSIÓN: 01
	CERTIFICADO FISIOTERAPEUTICO DE LIMITACIONES FUNCIONALES.	Página 1 de 1

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Calvis	Peñaranda	Nayibe Lisbeth	1092347965
Edad: 30	Estado Civil: Soltera	Escolaridad:	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: Cra 7 N-10-50 B la Palmita U/Rio		Teléfono: 300/7731813	

311 804 9965

FECHA: AÑO: 2021 MES: 05 DIA: 20

DIAGNÓSTICO: Lesión Cerebral / Retraso Psicomotor Moderado

### VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

<p>Paciente quien al nacer presentó hipoxia Neonatal ocasionando lesión Cerebral moderada. A la Valoración presenta Retraso Psicomotor, Disartria, genu varo con Inestabilidad Articular, Escoliosis Severa Estructural. Presenta Antecedente Cirugía Cardíaca. Urolúula, Traqueostomía y Trasplante modular dental, Trastorno comunicativo y masticativo, presente alteración de la coordinación, Cumple Ordenes sencillas y complejas, trastorno conducta y el comportamiento.</p> <p>Semidependiente Act. Básicas Cotidianas</p> <p>Requiere Acompañamiento permanente</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE MODERADA (Motor, Mental, Language)

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

"DOCUMENTO VÁLIDO  
PARA TRÁMITES

CON ALCALDIA DE VILLA DEL ROSARIO".

FISIOTERAPEUTA.

Nerfi AbnL

RP006390

EVOLUCIONES



IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.

Historia clínica 1092347965

NIT 900257281-1

Dirección AV 2E # 5-35 LA CEIBA

Teléfono 5777177 - 5777188 - 5777199

Email GERENCIA@IPSMEDCARE.COM

Identificación CC 1092347965

Paciente NAYIBE LISBETH GALVIS PEÑARANDA

Fecha de nacimiento 30/03/1991

Edad 33

Sexo F

Régimen SUBSIDIADO

Entidad NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA

Dirección CRA 7 # 10-50 LA PALMITA

Ciudad VILLA DEL ROSARIO

E-mail

Estado civil

Barrio LA PALMITA

Departamento NORTE DE SANTANDER

Ocupación

Zona Urbana

Teléfono 3118049961 - 3118834394

Estrato

N. Afiliación NO APLICA

Responsable

Parentesco

Teléfono

Tipo vinculación SUBSIDIADO

Fecha / hora de atención 19/05/2024 06:00

Fecha de digitalización 20/05/2024 22:43

Resumen de historia clínica

Antecedentes y diagnósticos patológicos

SE REALIZA CONSULTA DE CONTROL DE NUTRICION PAD EN COMPAÑIA NAYIBE PEÑARANDA MADRE, PACIENTE CON ANTECEDENTES DE SECUELAS PARALISIS CEREBRAL, RETRASO PSICOMOTOR, INCONTINENCIA MIXTA, CARDIOPATIA CONGENITA, EPILEPSIA REFRACTARIA, ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR, POST CIRUGIA DE CATARATAS BILATERAL EL 22-03-2024, HIPOREXIA, ESTREÑIMIENTO CRONICO, DIFICULTAD LEVE PARA DEGLUTIR ALIMENTOS SOLIDOS.

Diagnóstico

Código	Diagnóstico	Observación	Tipo	Principal
M414	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR		Confirmado repetido	
G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA		Confirmado repetido	✓
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO		Confirmado repetido	
F709	RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO		Confirmado repetido	

Cambios en el peso

Peso actual (kg) 38.8	Pérdida de peso en 2 semanas (kg)	Talla (Mts) 1.50	Peso usual (kg) 41.3	Pérdida de peso (%) 6.1
Peso ideal (kg) 50.0	IMC (kg/m²) 17.24			

Diagnóstico nutricional

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICO NUTRICIONAL EN DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA, HIPOREXIA, PERDIDA DE PESO DEL 6.1 % EN LOS ULTIMOS 3 MESES, SARCOPENIA CB: 24 CM, CP: 27 CM, PACIENTE CON RIGIDEZ ARTICULAR, DEPLECION MUSCULAR CON COMPROMISO MODERADO, DIFICULTAD DEGLUCION DE ALIMENTOS SOLIDOS, ALIMENTACION CONVENCIONAL APORTA EL 60 % DEL RQT CALORICO

Código	Diagnóstico	Observación	Tipo	Principal
R634	PERDIDA ANORMAL DE PESO		Confirmado repetido	
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA		Confirmado repetido	✓

Objetivo nutricional

RECUPERACION Y MANTENIMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE, MEJORAR CALIDAD DE VIDA Y EVITAR COMPLICACIONES, RECOMENDACIONES Y EDUCACION NUTRICIONAL. RECOMENDACIONES EN PREPARACIONES DE ALIMENTOS, EDUCACION EN HIGIENE Y MANIPULACION DE LOS ALIMENTOS, SE RECOMIENDA MOVILIDAD FRECUENTES

Calorías 40	Gasto calórico (Cal x kg) 1552.0
-------------	----------------------------------

## EVOLUCIONES



IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.

Historia clínica 1092347965

NIT 900257281-1

Dirección AV 2E # 5-35 LA CEIBA

Teléfono 5777177 - 5777188 -  
5777199

Email GERENCIA@IPSMEDCARE.COM

Identificación CC 1092347965

Paciente NAYIBE LISBETH GALVIS PEÑARANDA

Fecha de nacimiento 30/03/1991

Edad 33

Sexo F

Régimen SUBSIDIADO

Entidad NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA

## Plan nutricional

PLAN ALIMENTARIO HIPERPROTEICO, HIPOGLUCIDO, + FRUTAS, + SE SOLICITA FORMULA ENSURE ADVANCE, TOMAR 1 VEZ AL DIA, 56.7 GR DIA POR 90 DIAS, 5 MEDIDAS EN 200 ML DE AGUA, 6 LATAS DE 850 GR POR 90 DIAS RADICADO MIPRES 20240520190038511857

## Anotaciones

CONTROL POR 3 MESES



Jair Humberto Rivera R.  
NUTRICIONISTA DIETISTA UP  
MND 04172

JAIR HUMBERTO RIVERA RAMIREZ

CC : 1090366728

NUTRICIONISTA

Tarjeta Profesional: 01184 -04172





## 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	1092347965
NOMBRES	NAYIBE LISBETH
APELLIDOS	GALVIS PEÑARANDA
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	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

<b>Fecha de Impresión:</b>	08/05/2024 11:50:16	<b>Estación de origen:</b>	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:

05/08/2024

Ficha:

54874005551000000056

**A2**

**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** NAYIBE LISBETH

**Apellidos:** GALVIS PEÑARANDA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1092347965

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:**

30/05/2023

**Última actualización ciudadano:**

30/05/2023

**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:**

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

**Teléfono:**

5701220 - 5700873 - 5700317

**Correo Electrónico:**

sisben@villarosario.gov.co









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

NIT 899999-4-9 Somos Autorizados a Illu de Renta Resolución 547 del 25 de Enero de 2002  
Bancos Cuentas Corrientes Resúmenes CIBAN 00122220 del 26 de diciembre de 2022 / Agentes Retenedores IVA

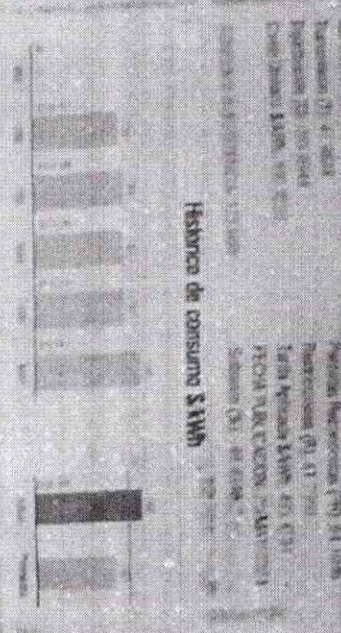
**1** Historial de consumo S. kWh

Consumo (D) 4.48 kWh  
Consumo (M) 30.24 kWh  
Consumo (A) 10.24 kWh  
Consumo (S) 4.48 kWh

Consumo (D) 4.48 kWh  
Consumo (M) 30.24 kWh  
Consumo (A) 10.24 kWh  
Consumo (S) 4.48 kWh

**2** Servicio de aseo

Consumo (D) 4.48 kWh  
Consumo (M) 30.24 kWh  
Consumo (A) 10.24 kWh  
Consumo (S) 4.48 kWh



Consumo (S. kWh)			
Consumo (D)	Consumo (M)	Consumo (A)	Consumo (S)
4.48	30.24	10.24	4.48

Detalle del servicio de energía			
Consumo (S. kWh)	Consumo (M)	Consumo (A)	Consumo (S)
4.48	30.24	10.24	4.48

Consumo (S. kWh)			
Consumo (D)	Consumo (M)	Consumo (A)	Consumo (S)
4.48	30.24	10.24	4.48

Detalle del servicio de energía			
Consumo (S. kWh)	Consumo (M)	Consumo (A)	Consumo (S)
4.48	30.24	10.24	4.48

Consumo (S. kWh)			
Consumo (D)	Consumo (M)	Consumo (A)	Consumo (S)
4.48	30.24	10.24	4.48

Detalle del servicio de energía			
Consumo (S. kWh)	Consumo (M)	Consumo (A)	Consumo (S)
4.48	30.24	10.24	4.48

Consumo (S. kWh)			
Consumo (D)	Consumo (M)	Consumo (A)	Consumo (S)
4.48	30.24	10.24	4.48

Detalle del servicio de energía			
Consumo (S. kWh)	Consumo (M)	Consumo (A)	Consumo (S)
4.48	30.24	10.24	4.48

Consumo (S. kWh)			
Consumo (D)	Consumo (M)	Consumo (A)	Consumo (S)
4.48	30.24	10.24	4.48

Con este número puede hacer sus pagos y pagos de servicios públicos

1126749

018000 414 115 0 0115

Portal de Autogestión

Servicios Facturados

\$273,637

\$31,529

\$367,900

Por los servicios pagas

\$367,900

Descargala en:

Dale una mano al Medio Ambiente

Ingresa a [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)

Por los servicios pagas

\$367,900

Estado Financiero / CREDITOMOS

Total de energía

\$273,637

Total alumbrado público

\$31,529

Total de aseo

\$367,900

Estado Financiero / CREDITOMOS

Total de energía

\$273,637

Total alumbrado público

\$31,529

Total de aseo

\$367,900

Estado Financiero / CREDITOMOS

Total de energía

\$273,637

Total alumbrado público

\$31,529

Total de aseo

\$367,900



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.407.756

PEÑARANDA HERNANDEZ  
APELLIDOS

NADIVE  
NOMBRES

*Nadive Peñaranda Hernández*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1973

SARDINATA  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

B+

G.S. RH

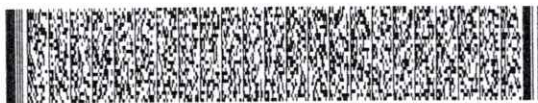
F

SEXO

19-ABR-1993 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS CALINDO VACHA



A-2510000-43157562-F-0060407756-20070326

0500607084A 02 209009334