

**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

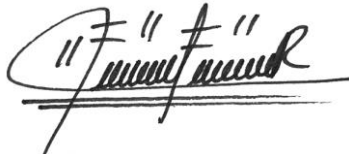
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	09 de Octubre de 2024
Fecha de expedición de la autorización	09 de Octubre de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	ISABEL MORENO RIVERA
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (<input checked="" type="checkbox"/>) Otro ()
Número de Documento de Identidad	60.316.225 de Cúcuta
Edad	59 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 12b # 18n-29 barrio La Esperanza
Teléfono fijo	3107855919
No. de Celular (2 números si es posible)	
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	
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	
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)	1196626
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G403
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: _____ Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleana 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	

CC 60316225 ISABEL MORENO RIVERA

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: G403



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1196626

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.316.225

MORENO RIVERA

APELLIDOS

ISABEL

NOMBRES

Isabel Moreno Rivera
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1965

CC LAS MERCEDES
SARDINATA (NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

GRUPO SANG

F

SEXO

27-NOV-1984 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A 1500150 00197067 F 0000310225 20091118

0018095805A 1

5020127242

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Moreno	2do. Apellido Rivera	Nombres Sabel	DOCUMENTO: 60316225
Edad: 56	Estado Civil: Soltera	Escolaridad: -	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: Cra 12 N°8-18N-29 B. Esperanza U/Rio		Teléfono: 310/7855919 301/4332404	

FECHA: AÑO: **2022** MES: **03** DIA: **30**

DIAGNÓSTICO: **Epilepsia (J403)**

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

<p>Paciente quien en la adolescencia presentó cuadro convulsivo incontrolado, se le diagnosticó Epilepsia. Episodios tónico clónicos con alteración osteomuscular durante las caídas en los cuadros convulsivos. Presenta Retardo del Aprendizaje, trastorno de la conducta y el comportamiento, cumple órdenes sencillas no complejas. Recibe tratamiento farmacológico permanente (Carbamazepina 200mg, semidependiente Actividades Básicas Cotidianas).</p>

CARACTERIZACIÓN: **DISCAPACIDAD MENTAL MODERADA**

	Alvaro Enrique Parra MEDICO Medico General CC. 13.168.558 R.M.J. 34
---	---

E.S.E. HOSPITAL LOCAL JORGE CRISTÓBAL SALIM VILLA DE... Neiff Abn FISIOTERAPEUTA SERVICIO DE TERAPIA	2006390
---	----------------

Ya hablo venido

**HISTORIA CLINICA
RESUMEN DE EXAMEN FISICO**

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : ISABEL MORENO RIVERA
Identificación : 60316225
Sexo : F Edad : 55 Años
Dirección: CRA 12 N° 18-29 B. LA ESPERANZA VILLA DEL ROSARIO
Ocupación : HOGAR
Tipo de Usuario : SUBSIDIADO
Contrato : COMPARTA EPS-S
Entidad : COMPARTA EPS-S
Tipo Documento : CC
Fecha de Nacimiento : 18/08/1965
Teléfono: 3134774677
Estado Civil : SOLTERO(A)
Tipo de Afiliación : CABEZA FAMILIA
Nro Carnet : 60316225

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
01/12/2020	16:02	120/80	72	18	36.4	55	1.60

Servicio:

MOTIVO DE CONSULTA:
EPILEPSIA

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE QUE ES AMA DE CASA QUIEN SUFRE DE ATAQUES EPILEPTICOS DESDE LA NILEZ, SE LE PRESENTAN MAS O MENOS CADA MES, EN VIGILIA. SON TONICO CLONICOS. TOMA CARBAMACEPINA 200 MGRS CADA 8 HORAS

ANTECEDENTES
CONVULSIONES ALERGIAS: NO
VER EA.-

REVISIÓN POR SISTEMAS

EXÁMEN GENERAL:
ALERTA. LUCIDA, PARES CRANEANOS NORMALES. F DE O: NORMAL, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, REFLEJOS GT NORMALES, COORDINACION NORMAL. MARCHA NORMAL.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:
G403 SINDROME EPILEPTICO GENERALIZADO
EPILEPSIA REFRACTARIA

CIE10: G403- EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS

TRATAMIENTO:
TAC DE CRANEO SIMPLE
TG DIGITAL
CARBAMACEPINA 200 MGRS 1 TABLETA A LAS 6 AM, 2 PM Y 9 PM.
LEVETIRACETAM 500 MGRS 1 COMPRIMIDO 8 AM Y 8 PM.

PROXIMA CONSULTA EN 2 MESES.

Atendido por: JUAN JOSE VARGAS GELVIS
CC. 19070063

Reg Prof. 581

1 de 1



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	60316225
NOMBRES	ISABEL
APELLIDOS	MORENO RIVERA
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: 09/27/2024 09:43:25 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 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:

27/09/2024

Ficha:

54874052554100000436

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ISABEL

Apellidos: MORENO RIVERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60316225

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

01/06/2023

Última actualización ciudadano:

01/06/2023

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:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

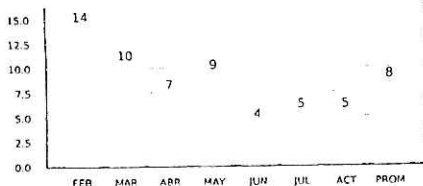


Municipio: VILLA DEL ROSARIO
Nombre: Cordoba Vicente
Dirección: Cr 12b 18n-29
Barrio: La Esperanza
Uso/Estrato: 1 - Residencial Estrato 1
Ciclo: 3
Periodo: 27/07/2024 - 27/08/2024
Días: 31
Ruta: 22000205 00 00 000
Fecha y Hora: 11/09/2024 08:46:06

Matrícula: 3100014970
Número Factura: 121931887
TOTAL A PAGAR: \$ 30,550.00
Doc. Equivalente: 121931887
Fecha Límite de Pago: 29 - SEP - 2024
Fecha de Suspensión: 30 - SEP - 2024
Facturas Vencidas: 0
Fecha Factura: 11/09/2024 08:46:06
Fecha Último Pago: 2024-08-23 - \$ 10,000.00

ACUEDUCTO

No del Medidor: 2-J21LA069630U
Lectura Actual: 308
Lectura Anterior: 303
Consumo: 5
Real/Estimado: R
Promedio Usuario: 8
Promedio Estrato: 13
Tasa de Uso: 4.64
Porcentaje (Sub/Apo): -20%



M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor
Cargo Fijo	\$ 9,037.28	\$ 9,037.28	-\$ 1,807.46	\$ 7,229.82
Consumo Básico	\$ 2,368.88	\$ 11,844.40	-\$ 2,368.88	\$ 9,475.52
Consumo Complem.	\$ 2,368.88	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Consumo Sunuario	\$ 2,368.88	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Recargos Acueducto				\$ 0.00
Subtotal Acueducto				\$ 16,705.34

ALCANTARILLADO

Vertimiento: 5
Promedio Usuario: 8
Promedio Estrato: 13
Tasa Retributiva: 94.44
Porcentaje (Sub/Apo): -20%

M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor
Cargo Fijo	\$ 4,457.80	\$ 4,457.80	-\$ 891.56	\$ 3,566.24
Vertimiento Básico	\$ 1,040.92	\$ 5,204.60	-\$ 1,040.92	\$ 4,163.68
Vertimiento Complem.	\$ 1,040.92	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Vertimiento Sunuario	\$ 1,040.92	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Recargos Alcantar.				\$ 0.00
Subtotal Alcantarillado				\$ 7,729.92

Nombre del Concepto Valor
Ajuste Decena \$ 4.23
Interes De Financiación \$ 79.83

OTROS COBROS

Subtotal Otros Cobros \$ 84.06

TOTAL MES: \$ 24,519.32

DEUDA

N.Convenio	Cuota	Vr.Cuota	Vr.Capital	Vr.Intereses	Saldo
231659	35 de 36	\$ 7,120.06	\$ 7,040.23	\$ 79.83	\$ 7,079.98
Totales		\$ 7,120.06	\$ 7,040.23	\$ 79.83	\$ 7,079.98

Valor Facturas Vencidas	\$ 0.00
Valor Retroactivo por Variación Tarifaria	\$ 0.00
Valor Cuota DIFERIDO COVID-19	\$ 0.00
Valor Cuota Otras Financiaciones	\$ 7,040.23
(-) Devolución Acueducto INIC	\$ 596.68
(-) Devolución Alcantarillado INIC	\$ 412.87
(-) Saldo a Favor	\$ 0.00
Reliquidaciones y Financiaciones	\$ 0.00
Valores en Reclamación	\$ 0.00

TOTAL A PAGAR: \$ 30,550.00

Total Cartera Adeudada: \$ 37,629.98

Esta Factura presta mérito ejecutivo conforme a las reglas del Derecho Civil y Comercial (Artículo 130, Ley 142/94) y a las condiciones del Contrato de Condiciones Uniformes.

Código de Verificación: 233352a74bad69151a135000f2018a66edbf748c3d864f867a49dc7c55fbf56bab4f1640344e281e

Municipio: VILLA DEL ROSARIO
Nombre: Cordoba Vicente
Dirección: Cr 12b 18n-29
Periodo: 27/07/2024 - 27/08/2024

Número Factura: 121931887 Matrícula: 3100014970
Referencia de Pago: 13845930 Doc. Equivalente: 121931887

TOTAL A PAGAR: \$ 30,550.00
Total Cartera Adeudada: \$ 37,629.98



Call Center Bogotá
Cel: 018000423601
Villa Del Rosario - Norte De Santander
E-mail: atencionausuariovr.co@aqualia.
NIT: 901368043-5



(415)7709998385450(8020)0013845930(3900)0000030550(96)20241029