

**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**

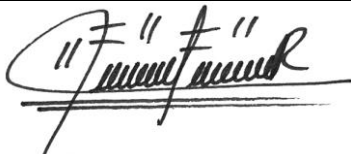
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	29 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	29 de Julio de 2024

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

Nombre Completo	<b>ANGIE MELISSA HERNANDEZ ARCHILA</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( ) T.I. ( ) C.C. ( X ) Otro ( )
Número de Documento de Identidad	1.092.386.244 de Villa del Rosario
Edad	26 Años
Género	Femenino
Dirección	Calle 3 #9-76 Barrio Bellavista
Teléfono fijo	3142937170
No. de Celular (2 números si es posible)	No tiene
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Freddiherandez52@gmail.com">Freddiherandez52@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	FREDI HERNANDEZ MELGAREJO
Parentesco de la PcD	Padre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	88.187.775 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3142937170

**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>679882</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F841 – R463 – F801 – R418
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: F841 - R463 - F801 - R418



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 679882



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.092.386.244**

**HERNANDEZ ARCHILA**

APELLIDOS

**ANGIE MELISSA**

NOMBRES

**NO FIRMA**

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUN-1998**

**VILLA ROSARIO**  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

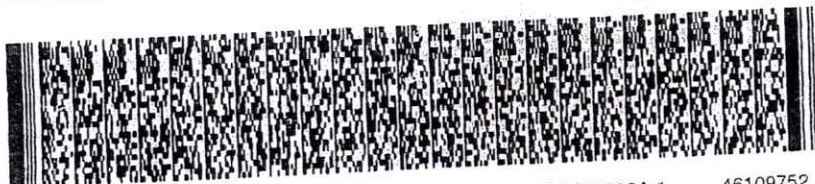
**1.60**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**01-JUL-2016 VILLA ROSARIO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2510000-00840034-F-1092386244-20160713

0050459036A 1

46109752

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	<b>VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.</b>

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido <u>Hernandez</u>	2do. Apellido <u>Archila</u>	Nombres <u>Angie Melissa</u>	DOCUMENTO: <u>1092386244</u>
Edad:	Estado Civil: <u>Soltera</u>	Escolaridad: <u>-</u>	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: <u>Cll 3 N° 9-76 B. Bellavista U/Ro</u>		Teléfono: <u>314/293 770</u> <u>310/579 3506</u>	

FECHA: AÑO: 2024 MES: 02 DIA: 09

DIAGNOSTICO: Autismo Atípico (F841) Hiperactividad (R463)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Trastorno lenguaje Expresivo (F801)

Paciente quien a los 3 años se le diagnosticó Autismo. A la Valoración presenta alteración de la conducta y el comportamiento, alteración del lenguaje y la comunicación, comandos repetitivos, irritabilidad ocasional, hiperactividad y déficit atencional, Insomnio ocasional. Recibe Tratamiento farmacológico permanente (Risperidona -Eszopiclona), Ansiedad, Episodios Ira, Autoagresión. Semidependiente Actividades Básicas Cotidianas. Requiere Acompañamiento permanente.

*[The following section of the form is crossed out with a large X.]*

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA (Mental-lenguaje)

*[Signature]*  
MEDICO  
Alvaro Enrique Durán  
Medico General  
CC 13.168.855  
R.M. 3794

*[Signature]*  
FISIOTERAPEUTA  
RPO06390

SERVICIO DE TERAPIAS



# HISTORIA CLINICA

## DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : ANGIE MELISSA HERNANDEZ ARCHILA

Identificación : CC 1092386244

Sexo : F

Edad : 25 Años

Fecha de Nacimiento : 6/06/1998

Teléfono: 3142937170

Estado Civil : SOLTERO(A)

Dirección: CLL 3 # 9-76 BELLAVISTA- VILLA ROSARIO

Ocupación : HOGAR

Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO

Tipo de Usuario : Subsidiado

Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO

Entidad : NUEVA EPS S.A.

## DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
28/05/2024	10:07	120/80	78	18	1	60	158

Servicio: 890374-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

### MOTIVO DE COSULTA:

Control de autismo

### ENFERMEDAD ACTUAL:

Asiste a control en compañía del padre por autismo de etiología no conocida hasta el momento mas TDH asociado como comorbilidad. Comenta que ha aumentado de peso, esta mas tranquila pero come mucho.

### Paraclínicos:

Resonancia cerebral simple bajo sedación dentro de límites normales del 06/09/23

### ESTA EN MANEJO CON:

MELATONINA CAPSULA BLANDA 3 MG TOMAR 2 CAPSULAS EN LA NOCHE VIA ORAL 8 PM  
QUETIAPINA TABLETA 25 MG TOMAR 1 TABLETA AL DIA VIA ORAL 8 PM

### ANTECEDENTES

Profesión: Ninguna

Lateralidad: Derecha

Alergias: Niega

Patológicos: Trastorno del espectro Autista

Fármacos: Terapia física, Ocupacional, Lenguaje, Psicoterapia.

Quirúrgicos: Niega

Hospitalizaciones: Posquirúrgico

Tóxicos: Niega

Familiares: No refiere

Vacunas Covid-19: No se ha vacunado.

### REVISIÓN POR SISTEMAS

Respiratorio: Normal. , NeuroPsiquiátrico: Normal. , Organos de los sentidos: Normal. , Cardiovascular: Normal. , CardioPulmonar: Normal. , Neurológico: Normal. , Circulatorio: Normal. , Hematopoyetico y Linfático: Normal. , Endocrinológico: Normal. , Gastrointestinal: Normal. , Renal: Normal. , Genitourinario: Normal. , Piel y Faneras: Normal. , OsteoMuscular: Normal. , Otros cuáles?: Normal.

referidos

### EXAMEN GENERAL

Oídos: Normal. , Nariz: Normal. , Boca: Normal. , Cuello: Normal. , Tórax: Normal. , Abdomen: Normal. , Genitourinario: Normal. , Osteoarticular: Normal. , Sistema Nervioso: Normal. , Piel: Normal. , Musculo - Esqueletico: Normal. , Neurología - Esfera mental: Normal. , CardioPulmonar: Normal.

### EXÁMEN GENERAL:

Bien estado general

Atendido por:

MAY LEONARDO BELLO DAVILA

CC. 1090382194

NEUROLOGIA

Reg Prof. 54-5715

1 de 2

**DATOS DEL USUARIO**

Nombre y Apellidos : ANGIE MELISSA HERNANDEZ ARCHILA Identificación : CC 1092386244  
 Sexo : F Edad : 25 Años Fecha de Nacimiento : 6/06/1998 Teléfono: 3142937170 Estado Civil : SOLTERO(A)  
 Dirección: CLL 3 # 9-76 BELLAVISTA- VILLA ROSARIO Ocupación : HOGAR Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO  
 Tipo de Usuario : Subsidiado Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO  
 Entidad : NUEVA EPS S.A.

**DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO**

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
-------	------	---------	-------------	-------------	-------	------	-------


**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

- Se consigue mejor control de inquietud motora, pero ahora tiene obesidad abdominal por ende se indica valoración por clínica de obesidad y se maneja su terapia física ABA ahora con mayor énfasis en psicología para mejor control conductual.  
 CIE10: R418-OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCIÓN COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y L

**TRATAMIENTO:**

MELATONINA CAPSULA BLANDA 3 MG TOMAR 2 CAPSULAS EN LA NOCHE VIA ORAL 7 PM POR 6 MESES CANTIDAD: 360 TABLETAS  
 QUETIAPINA TABLETA 25 MG TOMAR 1 TABLETA AL DIA VIA ORAL 8 PM POR 6 MESES CANTIDAD: 180 TABLETAS  
 CÓDIGO ATC C10AX06 ÁCIDOS OMEGA 3 CAPSULA TOMAR 1 CAPSULA DESPUES DE ALMUERZO POR 6 MESES CANTIDAD: 180 CAPSULAS  
 CITRATO DE MANESIO TABLETA 400 MG TOMAR 1 TABLETA AL DIA VIA ORAL POR 6 MESES CANTIDAD: 180 TABLETAS  
 Se solicita cuidador diurno de lunes a sábado 12 horas diarias 6 meses  
 Se solicita visita domiciliar para ver necesidades de cuidador  
 Valoración por clínica de obesidad  
 352 sesiones de terapia ABA intra y extramurales individualizadas para 6 meses, 44 horas a la semana de lunes a sábado incluye:  
 terapia integral ocupacional individualizadas 88 sesiones  
 terapias de lenguaje individualizadas 88 sesiones  
 terapias físicas individualizadas 44 sesiones  
 terapia psicológicas individualizadas 176 sesiones  
 valoración por medicina familiar  
 Control en 6 meses

Atendido por:

  
 MAY LEONARDO BELLO DAVILA  
 CC. 1090382194  
 NEUROLOGIA

Reg Prof. 54-5715

2 de 2

Registro válido

Fecha de consulta:

09/07/2024

Ficha:

54874351556500003509

A4

### Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

**Nombres:** ANGIE MELISSA

**Apellidos:** HERNANDEZ ARCHILA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1092386244

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 15/07/2021

**Última actualización ciudadano:** 15/07/2021

**Última actualización vía registros administrativos:** 25/11/2023

\*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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX



## 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	1092386244
NOMBRES	ANGIE MELISSA
APELLIDOS	HERNANDEZ ARCHILA
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: 07/09/2024 15:13:29 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

