
 <p><b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> NORTE DE SANTANDER</p>	<p><b>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</b></p>	 <p><b>Gobernación de Norte de Santander</b> <small>Instituto Departamental de Salud</small></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	
DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	
Municipio donde es emitida la autorización	Cacota
Código Divipola del municipio	54125
Nombre de la entidad que emite la autorización	Coordinación de salud pública- alcaldía municipal
Fecha de solicitud de la autorización	11/12/2024
Fecha de expedición de la autorización	11/12/2024
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA	
Nombre Completo	PAULA SOFIA FLOREZ SUAREZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro. <input type="checkbox"/>
Número de Documento de Identidad	1.092.002.729
Edad	8 años
Genero	Femenino
Dirección	Barrio el calvario
Teléfono fijo	3203869503
No. de Celular (2 números si es posible)	3144805591
Municipio de residencia	Cacota
Correo Electrónico	No tiene
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: <input type="checkbox"/>
Nombre Completo del Representante	Sonia Andrea Suarez
Parentesco de la PcD	Madre
Tipo de Documento Identidad	C.C
Número de Documento de Identidad	1.090.426.701
Teléfono fijo y/o No. de celular	3144805591
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)	1329078
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	Q709-Sindactilia no especificada M200-Deformidad de dedos de la mano
Fuente de Recursos de la autorización	<b>Recursos Ministerio de Salud Res No. 619 de 2024</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Recursos Propios</b> <input type="checkbox"/> <b>Empresa Privada</b> <input type="checkbox"/> <b>Recursos de Cooperación Internacional</b> <input type="checkbox"/> <b>Sistema General de Regalías</b>
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 las 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	<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 21 A # 0B-75 El Rosal por Barrio Blanco</b> Teléfono: <b>316 2521846 Para Citas</b> Email: <b>fservicioclienteipsprogresando@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><b>X</b></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: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Angelica María Gauta Ferrer
Cedula del funcionario	1004926619
Cargo del funcionario que emite la autorización	Coordinadora de salud publica
Firma del funcionario que emite la autorización	





CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 21/06/2024 10:37

INGRESO : 111783

Edad : 8A 0M 25D

Nacimiento : 27/05/2016

Dirección : CACOTA

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

Sexo : Femenino

Teléfono : 3203869503

CAUSA EXTERNA: 13 - 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - 10 - No Aplica

AutORIZACIÓN 1329078

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTAS

MOTIVO CONSULTA: CITA DE DISCAPACIDAD

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE FEMENINA DE 8 AÑOS CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE APERT EN COMPÑIA DE LA MADRE A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA PREVENCIÓN Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES PROPIAS DE SU GRUPO ETARIO, ASINTOMATICA.

ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: NO APLICA

QUIRÚRGICOS: EN CRANEO NO ESPECIFICADA.

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: NIEGA

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

PATOLÓGICOS: SINDROME DE APERTS

TOXICOLÓGICOS: NIEGA

FARMACOLÓGICOS: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES

Peso : 22 kg

Temperatura : 36 °C

Presión Arterial Sistólica: 80 mmHg

Talla : 117 cm

Frecuencia Respiratoria : 16 R x Min

Presión Arterial Diastólica : 60 mmHg

I.M.C. : 16.07 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 84 L x Min

EXÁMEN FÍSICO :

Cranio (Normal). EXOFTALMOS, ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, DIENTES APIÑADOS.

Osteoarticular (Normal). MANO DERECHA YA CUENTA CON CX TIPO I, MANO IZQUIERDA TIPO II EN CLASIFICACION DE UPTON.

OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal).

ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). MÚSCULO -

ESQUELETICO (Normal). NEUROLOGÍA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

ANÁLISIS :

PACIENTE FEMENINA DE 8 AÑOS CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE APERT EN COMPÑIA DE LA MADRE A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA PREVENCIÓN Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES PROPIAS DE SU GRUPO ETARIO, ASINTOMATICA. A LA VALORACION PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL HIDRATADA, SIN SIGNO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON ADECUADO PESO PARA LA TALLA, CON RIESGO DE TALLA BAJA, CON ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE DAN INDICACIONES Y ISGNOS DE ALARMA. MADRE Y PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR,

DIAGNÓSTICO :

Q709 - SINDACTILIA NO ESPECIFICADA - (Impresión Diagnóstica)

M200 - DEFORMIDAD DE DEDO(S) DE LA MANO

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA



**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

**FECHA :** 21/06/2024 10:37

**INGRESO :** 111783

**FLOREN SUAREZ PAULA SOFIA**

**CI - 1092002729**

**Edad :** 8A 0M 25D

**Sexo :** Femenino

**Nacimiento :** 27/05/2016

**Teléfono :** 3203869503

**Dirección :** CACOTA

**Empresa :** COMFAORIENTE EPS-S

**CONTRERAS GAMBOA DAVID ALFONSO**

**C.C. 1019148813**

**MEDICINA GENERAL**

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

NÚMERO **1.092.002.729**  
**FLOREZ SUAREZ**

APELLIDOS  
**PAULA SOFIA**

NOMBRES  
Paula Flores  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-2016**  
**PAMPLONA**  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
**27-MAY-2034**  
FECHA DE VENCIMIENTO  
**07-SEP-2023 CACOTA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**O+** **F**  
G S RH SEXO

NO DEDO VALIDO

REGISTRO NACIONAL  
ALEXANDER VEGA-ARREAGA



P-2501600-01395852-F-1092002729-20231117 0137326914A 1 8509442809

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.426.701


SUAREZ TOLOZA

APELLIDOS  
SONIA ANDREA

NOMBRES

Sonia Andrea Suarez

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1990

CUCUTA  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57  
ESTATURA


O+  
G. S. RH

F  
SEXO

03-DIC-2008 CUCUTA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2500100-00152575-F-1090426701-20090315 0010317820A 1 27319452