

**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	18 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	18 de Julio de 2024

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

Nombre Completo	WILSON LIZARAZO LIZARAZO
Tipo de Documento Identidad	R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Número de Documento de Identidad	96.188.019 de Saravena
Edad	52 años
Genero	Masculino
Dirección	Invasión Brisas del Nariño
Teléfono fijo	3229654813
No. de Celular (2 números si es posible)	3156048417
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:zairahermosa2012@gmail.com">zairahermosa2012@gmail.com</a>

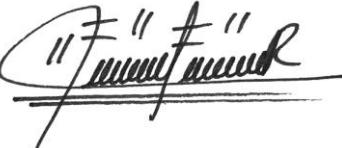
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: <input checked="" type="checkbox"/> No Aplica: <input type="checkbox"/>
Nombre Completo del Representante	MARIA LUISA LIZARAZO LIZARAZO
Parentesco de la PCD	Hermana
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.407.541 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3156048417

**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>1273013</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H903 – F711

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.	<b>Si</b> _____ <b>No Aplica</b> _____ <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: Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita Teléfono: 3188631534 Para Citas Email: aux.gestion.ipspresando@gmail.com
<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: <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: <input checked="" type="checkbox"/> Otro: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor 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 Prest. Servicios No. 249

### 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: H903 - F711 - ASODICAP



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1273013

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 96.188.019  
LIZARAZO LIZARAZO

APELLIDOS

WILSON

HOMBRES



NO FIRMA

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1971

MACARAVITA  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 O+  
ESTATURA G.S. RH

17-SEP-1990 SARAVENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

M  
SEXO  
  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA

NO DEDO VALIDO



A-2510000-01293698-M-0096188019-20220501 0078987906A 1 8504501991

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Lizarazo	Lizarazo	WILSON	cc 96188019
Edad : 54	Estado Civil : Soltero	Escolaridad:	Género: F MX
Dirección: Bnsqs Nnros. Cl 8 N° 5 - 01 Piso		Teléfono: 322/9654813	315/6048417

FECHA: AÑO: 2024 MES: 04 DIA: 10.

DIAGNÓSTICO: Retraso Mental (F700) Hipoacusia (H903)

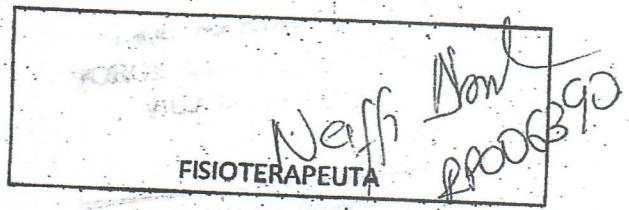
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien al nacer presentó Meningitis y como secuela Retraso mental, Hipoacusia y Depresión. Admitido en la adolescencia presentó Trauma craneocefálico que generó politraumatismo y Alteración de la conducta y el comportamiento. Cumple órdenes sencillas no complejas, Irritabilidad, No se ubica en tiempo y espacio, Sordera parcial, dificultad para comunicarse con el medio externo.

Semidependiente Act. Básicas Cuidados  
Requiere acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN:

DISCAPACIDAD MULTIPLE MODERADA (Mental  
Auditivo)



**CLINICA UBA VIBONCO S.A.S.**  
- 900394575-8  
**HISTORIA CLINICA**



<b>CLINICA UBA VIBONCO S.A.S.</b> - 900394575-8 <b>HISTORIA CLINICA</b>	
<b>Nombre:</b> WILSON LIZARAZO LIZARAZO <b>Identificación:</b> CC: 96188019 <b>Fecha nacimiento:</b> 09/09/1971 <b>Edad:</b> 52 <b>Ocupación:</b> <b>Estado civil:</b> Casado <b>Sexo:</b> F <b>Dirección:</b> <b>Régimen:</b> <b>Acompañante:</b> <b>Responsable:</b> <b>Entidad:</b> NUEVA EPS <b>Finalidad de la consulta:</b> No aplica <b>Causa extrema:</b> Otra	
<b>Fecha de elaboración:</b> 29/01/2024 17:14:00 <b>ANAMNESIS</b> <b>MOTIVO DE CONSULTA:</b> <b>HIPOAUDIO</b> <b>ENFERMEDAD ACTUAL:</b> <b>PACIENTE CON CUADRO DE HIPOAUDIO, TRAE AUDIOMETRIA QUE REPORTA HIPOAUDIO NEUROSENSORIAL SEVERA BILATERAL .CON INSCRIMACION DE 80 % A 75 DB EN 00 Y 80% A 75 DB EN 01</b> <b>REVISIÓN PORSISTEMAS</b> <b>Cabeza cara y cuello:</b> No <b>Cardiopulmonar:</b> No <b>Abdomen:</b> No <b>Extremidades:</b> No <b>Sistema nervioso central:</b> No <b>Sistema urinario:</b> No <b>Otros:</b> No <b>No aplica</b> <b>Escala de dolor:</b> 0 - Sin Dolor (0)	
<b>ANTÉCEDENTES PERSONALES</b> <b>OTROS:</b> No <b>ALERGICOS:</b> No <b>TRAUMATICOS:</b> No <b>QUIRURGICOS:</b> No <b>GINECO-OBSTETRICOS:</b> No <b>TOXICOLOGICOS:</b> No <b>FARMACOLOGICOS:</b> No <b>ANTÉCEDENTES FAMILIARES</b> <b>otros:</b> No	



<b>CLINICA UBA VIBONCO S.A.S.</b> - 900394575-8 <b>HISTORIA CLINICA</b>	
<b>Nombre:</b> WILSON LIZARAZO LIZARAZO <b>Identificación:</b> CC: 96188019 <b>Fecha nacimiento:</b> 09/09/1971 <b>Edad:</b> 52 <b>Ocupación:</b> <b>Estado civil:</b> Casado <b>Sexo:</b> F <b>Dirección:</b> <b>Régimen:</b> <b>Acompañante:</b> <b>Responsable:</b> <b>Entidad:</b> NUEVA EPS <b>Finalidad de la consulta:</b> No aplica <b>Causa extrema:</b> Otra	
<b>EXAMEN FISICO</b> <b>Aspecto:</b> Normal <b>ECOG:</b> 0 <b>Ta:</b> 1 mmhg - <b>FC:</b> 1 xmin - <b>FR:</b> 1 xmin - <b>T:</b> 1 °C - <b>PESO:</b> 1 kg - <b>TALLA:</b> 1 m - <b>IMC:</b> 1.00 - <b>S.C:</b> 0.20 - <b>SaO2:</b> 1 <b>Cabeza cara cuello:</b> Normal <b>G.U:</b> Normal <b>Abdomen:</b> Normal <b>Piel:</b> Normal <b>Edemidades:</b> Normal <b>Mental psicológico:</b> Normal <b>Neurogic:</b> Normal <b>Sentidos:</b> OIDO DERECHO: NORMAL <b>OIDO IZQUIERDO:</b> NORMAL <b>NARIZ:</b> HIPERTROFA TURBINAL INFERIOR <b>BOCA:</b> NORMAL <b>Tórax:</b> Normal <b>CONDUCTA:</b> EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS, ADAPTACION DE AUDIFONOS TIPO 1 AURAL EN <b>OIDO DERECHO</b> <b>CONTROL ORL EN 6 MESES</b> <b>Analisis:</b> PACIENTE CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL QUE AMERITA ADAPTACION DE PROTESIS AUDITIVAS EN <b>OIDO DERECHO PARA MEJORAR SU ENTORNO SOCIAL</b> <b>DIAGNOSTICOS:</b> <b>H903 - HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL .Tipo diagnóstico.: - Observación:</b>	
<b>ANA MELINA RODRIGUEZ NIETO</b> <b>Especialidad:</b> OTORRINOLARINGOLOGIA <b>CC:</b> 1094462225 RM:	

<b>CLINICA UBA VIHONCO S.A.S.</b>	
- 900394575-8	
<b>HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>Identificación:</b> CC 96188019 <b>Nombre:</b> WILSON LIZARAZO LIZARAZO <b>Fecha nacimiento:</b> 09/09/1971 <b>Edad:</b> 52 <b>Ocupación:</b> <b>Estado civil:</b> Casado <b>Sexo:</b> F <b>Dirección:</b> <b>Régimen:</b> Régimen: <b>Tipo de vinculación:</b> Telefono: <b>Acompañante:</b> N. historia: 0000246583 <b>Parentesco:</b> N. historia: 0000246583 <b>Responsable:</b> Entidad: NUEVA EPS <b>Parentesco:</b> Parentesco: <b>Finalidad de la consulta:</b> No aplica <b>Causa externa:</b> Enfermedad general <b>Fecha de elaboración:</b> 02/04/2024 14:26:00	
<b>ANAMNESIS</b> <b>MOTIVO DE CONSULTA:</b> <b>CONTROL</b> <b>ENFERMEDAD ACTUAL:</b> <b>FAMILIAR</b> DE PACIENTE QUE COMENTA SE SIENTE TRANQUILO, EN BUEN ESTADO ANÍMICO, CON BUEN FUNCIONAMIENTO EN LO FAMILIAR; TIENE BUENA ADHERENCIA TERAPÉUTICA. <b>REVISIÓN POR SISTEMAS</b> Cabeza cara y cuello No      Cardiopulmonar No      Abdomen No      Extremidades No      Sistema nervioso central No      Sistema urinario No      Otros No aplica Escala de dolor 0 - Sin Dolor (0)	
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b> <b>OTROS</b> No <b>ALÉRGICOS</b> No <b>TRAUMÁTICOS</b> No <b>QUIRÚRGICOS</b> No <b>GINECO-OBSTÉTRICOS</b> No <b>TOXICOLÓGICOS</b> No <b>FARMACOLÓGICOS</b> No <b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b> Otros No	

<b>CLINICA UBA VIHONCO S.A.S.</b>	
- 900394575-8	
<b>HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>Identificación:</b> CC 96188019 <b>Nombre:</b> WILSON LIZARAZO LIZARAZO <b>Fecha nacimiento:</b> 09/09/1971 <b>Edad:</b> 52 <b>Ocupación:</b> <b>Estado civil:</b> Casado <b>Sexo:</b> F <b>Dirección:</b> <b>Régimen:</b> Régimen: <b>Tipo de vinculación:</b> Telefono: <b>Acompañante:</b> N. historia: 0000246583 <b>Parentesco:</b> N. historia: 0000246583 <b>Responsable:</b> Entidad: NUEVA EPS <b>Parentesco:</b> Parentesco: <b>Finalidad de la consulta:</b> No aplica <b>Causa externa:</b> Enfermedad general <b>EXAMEN FÍSICO</b> Aspedo: Normal ECG: 0 TA: 1 mmHg - FC: 1 xmin - FR: 1 xmin - T: 1 °C - PESO: 1 kg - TALLA: 1 m - IMC: 1.00 - S.C: 0.20 - SaO2: 99 Cabeza cara cuello: Normal G.U: Normal Abdome: Normal Pie: Normal Extremidades: Normal Mental psicológica: TRANQUILO, ATENCIÓN HIPOPROSEXICA, MEMORIA CON FALLAS ANTEROGRADAS- ORIENTADO PARCIALMENTE - PENSAMIENTO CON BAJO CAPITAL IDEATIVO- JUICIO INSUFICIENTE- SENSO PERCEPCIÓN NORMAL- AFECTO PUERIL- SUEÑO NORMAL- ACTIVIDAD MOTORA NORMAL Neurológico: Normal Torax: Normal CONDUCTA: RISPERIDONA TABLETA 1 MG #460 USO: TOMAT UNA TABLETA CDA 12 HRS CONTROL EN 6 MESES DIAGNÓSTICOS: F711 - RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCIÓN TRATAMIENTO - Tipo diagnóstico: - Observación: Necesita control: Si, en 180 días	



## 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	96188019
NOMBRES	WILSON
APELLIDOS	LIZARAZO LIZARAZO
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	28/12/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

**Fecha de Impresión:** 07/03/2024 09:50:09    **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

A4

Fecha de consulta:

03/07/2024

Ficha:

54874353765800012682

Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

Nombres: WILSON

Apellidos: LIZARAZO LIZARAZO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 96188019

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/06/2023

Última actualización ciudadano: 27/06/2023

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:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



322 96 548 13  
315 60 48 417

Zairahermosa 2012@gmail.com