



 <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	JUAN PABLO SANCHEZ FERNANDEZ
Tipo de Documento Identidad	R.C.      T.I. <input checked="" type="checkbox"/> C.C.      Otro. _____
Número de Documento de Identidad	1.093.434.496
Edad	14 años
Genero	Masculino
Dirección	Vereda escalones-Finca la sepultura
Teléfono fijo	3144460470
No. de Celular (2 números si es posible)	3144460470
Municipio de residencia	Cacota
Correo Electrónico	No aplica
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	Sonia Yaneth Fernández Villamizar
Parentesco de la PcD	Madre
Tipo de Documento Identidad	C.C
Número de Documento de Identidad	60.264.898
Teléfono fijo y/o No. de celular	3144460470
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)	792682
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F700-Retraso mental leve: Deterioro del comportamiento nulo o mínimo.
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 _____ No Aplica _____ <b>Nombre:</b> _____ <b>No. de Teléfono:</b> _____ <b>Nombre de la Empresa:</b> _____

 <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>
--	--	---

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>  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: _____
<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	



PRUEBAS DE NEUROPSICOLOGIA

Autorización: 792682.

930102 - PRUEBA COGNITIVA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	SANCHEZ FERNANDEZ	Nombres:	JUAN PABLO
Tipo Identificación:	TI	Número documento:	1093434496
Fecha de Nacimiento:	23/05/2010	Edad:	14 Años/4 Meses/27 Dias
Género:	Masculino	Ocupación:	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	VEREDA ESCALONES - FINCA LA SEPULTURA - CACOTA	Teléfono:	3142476042. - 3144460470.
Nombre del Cliente:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A	Convenio:	02-01-06-NEPS-S NC Pamplona NUEVA EPS SUBSIDIADO 2022
Fecha registro :	19/10/2024 11:09	Fecha atención:	19/10/2024 11:09

RIPS PROCEDIMIENTO Número de autorización: 253056900

Ambito de atención: Ambulatorio

Enfoque Diferencial: Niños, Niñas y Adolescentes

Ambito realización: Ambulatorio

Finalidad del procedimiento: Diagnóstico

Personal que atiende: Otro

CONSULTA

Motivo de consulta: Remitido por pediatría con solicitud de administración de prueba cognitiva.

Historia de la Enfermedad Actual.: El paciente vive con abuela, lamamá y un tío. Actualmente cursa octavo grado, el paciente manifiesta que tiene buen desempeño escolar. la madre manifiesta que el menor olvida mucho las cosas que le enseñan en el colegio (De una semana a la otra lo ha olvidado). En casa olvida las cosas como el mandado que le asignaron a hacer (En el traslado de un lugar a otro ya no sabe a que lo enviaron (A veces).

Historia del Desarrollo: Segundo embarazo, sin complicaciones, parto vaginal. Al nacer presentó hipoxia, lo hospitalizaron 8 días por dificultades respiratorias. En cuanto al neurodesarrollo, presento gateó, caminó a los 18 meses aproximadamente. El desarrollo del lenguaje presentó atraso (Se presentó desarrollo normal del lenguaje hasta los 7 años segun narración de la madre). No recuerdan mas datos que pueda aportar a la historia.

Análisis Cuantitativo:

Habilidades Construccionales:

Prueba:

ANTECEDENTES

Antecedentes Familiares: NO REFIERE

Antecedentes Personales y Patologicos: NO REFIERE (HOSPITALIZADO AL NACER POR 8 DIAS POR ASPIRACION DE LIQUIDO AMNIOTICO. )

Alergias: NIEGA

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Antecedentes Toxicos: Ninguno

Observación Antecedentes Toxicos: NO REFIERE

¿Es Victima de Maltrato?: No

Victima de Maltrato:

¿Es Victima de Violencia Sexual?: No

Victima Violencia Sexual:

REPORTE DE ESTUDIOS CLINICOS

Resultados Neurofisiologicos: NO PRESENTA

Resultados de Imágenes Diagnosticas: NO PRESENTA

Resultados de Neuropsicología: NO PRESENTA

Resultado Otros Estudios: NO PRESENTA

DIAGNÓSTICOS

Principal Ingreso: F700 - RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO

Tipo principal: Confirmado nuevo,

VALORACION NEUROPSICOLOGIA

Prueba Cognitiva: Test de Inteligencia de Weschler para niños, quinta versión.

**Resultado Cualitativo:** VISOESPACIAL: Las habilidades del evaluado para entender las relaciones visoespaciales, así como la discriminación de detalles visuales se observan en un rango considerado como promedio, dando cuenta de un adecuado rendimiento en dichas habilidades.

**RAZONAMIENTO FLUIDO:** Se observa un rendimiento descendido en su habilidad para detectar relaciones conceptuales subyacentes entre objetos visuales, además de su capacidad de razonamiento, en el sentido de identificar reglas y aplicarlas. Dichas habilidades se encuentran en rango muy bajo.

**MEMORIA DE TRABAJO:** Se observa un rendimiento descendido en su habilidad para detectar relaciones conceptuales subyacentes entre objetos visuales, además de su capacidad de razonamiento, en el sentido de identificar reglas y aplicarlas. Dichas habilidades se encuentran en rango muy bajo.

**VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO:** Se observa un rendimiento significativamente descendido en su habilidad para detectar relaciones conceptuales subyacentes entre objetos visuales, además de su capacidad de razonamiento, en el sentido de identificar reglas y aplicarlas. Dichas habilidades se encuentran en rango extremadamente bajo.

**ESCALA NO VERBAL:** Desempeño muy bajo

**HABILIDAD GENERAL:** Desempeño muy bajo

**COMPETENCIA COGNITIVA:** Desempeño extremadamente bajo.

**FORTALEZA:** Escala visoespacial

**DEBILIDAD:** Velocidad de procesamiento, principalmente. Se añade: comprensión verbal y memoria de trabajo.

**Resultado Cuantitativo:** ICV73

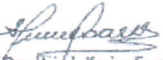

IVE95

IRF77

IMT72

IVP61

CIT67

  
 **Dr. Haiddy Karina Carreño Rojas**  
Psicóloga Clínica  
Calle 100 No. 100-100  
Bogotá, D.C.

**HAIDDY KARINA CARREÑO ROJAS**

**CC 37275913**

**N° de registro: 177152**

**PSICOLOGÍA**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Juan Pablo Sanchez  
 Fecha de Nacimiento: 23/5/2010  
 Fecha de Evaluación: 19/10/2024  
 Edad: 14 años, 5 meses, 26 días

RESUMEN DE LAS ESCALAS PRIMARIAS

Índice	Nombre de la subprueba	Familiación Directa	Familiación Indirecta	Edad Equivalente	ORS
Comprensión Verbal	Analogías	AN	22	7	9.0
	Vocabulario (Información)	VOC	12	3	6.9
	(Comprensión)	COM			
Visoespacial	Construcción con Cubos (Reconstrucción Visual)	CC	26	7	11.3
Razonamiento Fluido	Matrices de Razonamiento	RV	19	11	16.9
	Balanzas (Aritmética)	MR	15	7	8.6
		BAL	13	5	7.3
		ARI			
Memoria de Trabajo	Retención de Dígitos	RD	17	5	7.6
	Retención de Imágenes (Secuenciación Letras-Números)	RI	18	5	6.9
		SLN			
Velocidad de Procesamiento	Claves	CLA	24	3	8.3
	Búsqueda de Símbolos (Inclusión)	BS	15	3	8.3
		CAN			

Las pruebas para el cálculo del CI Total aparecen en negrita. Las opcionales aparecen entre paréntesis.

RESUMEN INDICES PRINCIPALES

Escala	Suma de Puntajes Escala	Puntaje compuesto	Rango Percentil	Intervalo de confianza	Clasificación cualitativa
Comprensión Verbal	10	ICV	73	4	MUY BAJO
Visoespacial	18	IVE	95	37	PROMEDIO
Razonamiento Fluido	12	IRF	77	6	MUY BAJO
Memoria de Trabajo	10	IMT	72	3	MUY BAJO
Velocidad de Procesamiento	6	IVP	61	0.5	EXTREMADAMENTE BAJO
Escala Total	37	CTT	67	1	EXTREMADAMENTE BAJO



# RESUMEN INDICES SECUNDARIOS

Escala	Suma de Puntajes Escala	Trabajo Compuesto		Rango Percentil	Incertidumbre de confianza	Clasificación secundaria
Razonamiento Cuantitativo		ICC	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
Memoria de Trabajo Auditiva	38	IMTA	#N/A	#N/A	#N/A	MUY BAJO
No Verbal	29	INV	73	4	68-80	MUY BAJO
Habilidad General	16	HIG	71	3	66-78	MUY BAJO
Competencia Cognitiva		ICC	61	0.5	56-71	EXTREMADAMENTE BAJO

Escala	Puntaje
Razonamiento Cuantitativo	38
Memoria de Trabajo Auditiva	29
No Verbal	73
Habilidad General	71
Competencia Cognitiva	61

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

NÚMERO **1.093.434.496**

**SANCHEZ FERNANDEZ**

APELLIDOS

**JUAN PABLO**

NOMBRES

*Juan Pablo Sanchez*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-2010**

**PAMPLONA**  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**23-MAY-2028**

FECHA DE VENCIMIENTO

**06-JUN-2017 PAMPLONA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**A+** **M**

G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS SAUNDY VACHA



P-2506400-00912543-M-1093434496-20170612 0055773010A 1 6964474186