

**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	06 de Agosto de 2024
Fecha de expedición de la autorización	06 de Agosto de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	MARIELA ARCHILA DUARTE
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	60.403.148 de Villa del Rosario
Edad	60 años
Género	Femenino
Dirección	Calle 19 #13-23 Barrio San Judas
Teléfono fijo	3212195293
No. de Celular (2 números si es posible)	3138470144
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Wlisbey42@gmail.com
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	WENDY LISBEY ALFEREZ ARCHILA
Parentesco de la PCD	Hija
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.092.350.345 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3138470144

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)	1125208
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H472 – H408 – H524 – H541 – H310
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.ipspresando@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: <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: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor Esther Flórez Ramos
Cédula 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	



wlisbey42@gmail.com

Jorge Cristo Sahium
Villa del Rosario

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	Archila	2do. Apellido	Duarte	Nombres	Mariela CC	DOCUMENTO:	60403148
Edad:	60	Estado Civil:	Separado	Escolaridad:	2º primaria	Género:	F X M
Dirección:	Cll 19 #13-23 B San Judas O/Ro			Teléfono:	321/2195293		

FECHA: AÑO: 2024 MES: 01 DIA: 19

DIAGNÓSTICO: Atrofia Óptica (H472) Glaucoma (H408)

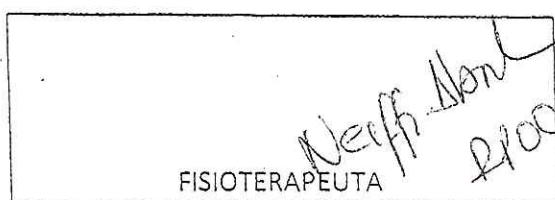
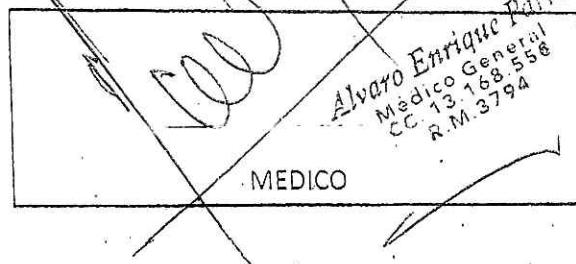
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Presbiopia (+1524) Ceguera parcial (+541)
Conorentitis Cicatrizada (+H310)

Paciente quien presenta glaucoma Crónica bilateral y Atrofia Óptica en el derecho causando Ceguera parcial, Retina adherida. Se le realizó Tratamiento farmacológico sin posibilidad Tratamiento quirúrgico, Neuropatía Óptica, daño estrial, Saco del disco óptico y daño visual severo en campo visual del ojo derecho. Presenta alteración de la función y el seguimiento visual, así como la estabilidad y el Equilibrio. Prueba Romberg (0).

Semidependiente Actividades Básicas Cotidianas
Marcha Inestable, predominio alteraciones en motricidad fija.

Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD VISUAL MODERADA





HISTORIA CLINICA - EVOLUCION

IDENTIFICACION 60403148 ARCHILA DUARTE MARIELA

FECHA DE NACIMIENTO 25/03/1964 EDAD 59 Años 7 Meses 1 Día

Página 1

OCCUPACION NA DIRECCION CLL 19 3-23 SAN JUDAS

RESPONSABLE TIPO DE USUARIO SUBSIDIADO

ENTIDAD COOSALUD EPS S.A. (CAPITA)

FECHA 26/10/2023 HORA 13:47

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenina de 59 años de edad con Glaucoma crónico de ambos ojos + atrofia óptica de ojo derecho .

AV CC OD 20/300 OI 20/20

MG+ OD

Bio OD: normal . BUT 9-10 seg OI: normal. BUT 9-10 seg

TIO OD 11mmHg OI 11mmHg

Gonioscopia ODI: ANG GIII 360°

F. de O OD: atrofia óptica , retina adherida OI: CUP 0.3 retina adherida

DIAGNOSTICOS

H472 - ATROFIA OPTICA - OD

H408 - OTROS GLAUCOMAS - AO

H524 - PRESBICIA - AO

CONDUCTA

SS Optometria. Dorzolamida 2% + Timolol 0.5% cada 12hs + Latanoprost 0.005% 1 gota al dia y Carboximetilcelulosa sódica 5% cada 8hs en ambos ojos Uso Permanente .(6). Control 6 meses.

ACTIVIDADES PACIENTE

MEDICO NELLY BRAHIM OFTALMOLOGO REG. MED. 10265



MinSalud

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad



Login: RDUS040698854874 Usuario: VENI YUSMARY ESTEBAN ESPINOSA
 Entidad: 548740000000 SECRETARIA MUNICIPAL DE VILLA DEL ROSARIO

- Consultar Registros
- Monitoreo
- Consultar Histórico
- Reportes
- Cambiar Contraseña
- Salir

REGISTRO GUARDADO EXITOSAMENTE	
Tipo de Documento:	Cédula Ciudadanía
Número de Documento:	60403148
Primer Apellido:	ARCHILA
Segundo Apellido:	DUARTE
Primer Nombre:	MARIELA
Segundo Nombre:	

Atención al usuario: Teléfono en Bogotá D.C. +57(1)589 3750, en el resto del país 018000 980020
 Horario de lunes a viernes 7am a 6pm, sábados de 8am a 1pm - jornada continua
 Correo electrónico: discapacidad@minsalud.gov.co Centro de Contacto al Ciudadano
 Ministerio de Salud y Protección Social

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
 PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :



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	60403148
NOMBRES	MARIELA
APELLIDOS	ARCHILA DUARTE
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: 08/05/2024 18:48:05 **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

Fecha de consulta:

05/08/2024

Ficha:

54874019553900000958

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIELA

Apellidos: ARCHILA DUARTE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60403148

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/01/2024

Última actualización ciudadano: 10/01/2024

Última actualización vía 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.092.350.345**

ALFEREZ ARCHILA

APELLIDOS

WENDY LISBEY

NOMBRES

Wendy Lisbe
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-1992**

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 **A+** **F**
ESTATURA G.S RH SEXO

19-ABR-2010 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION, *Alferez Wendy Lisbe*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL RÁBICHEZ TORRES



P-2510000-00251530 F-1092350345-20100823 0023517839A 1 34380251

