



**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	27 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	27 de Julio de 2024

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

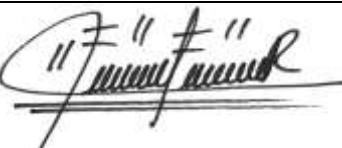
Nombre Completo	<b>LLIME LASSO</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( ) T.I. ( ) C.C. ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Otro ( )
Número de Documento de Identidad	88.195.374 de Villa del Rosario
Edad	62 Años
Género	Masculino
Dirección	Calle 8 #10-50 Barrio Gramalote
Teléfono fijo	3133344019
No. de Celular (2 números si es posible)	
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Llimelasso55@gmail.com">Llimelasso55@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: ( )
Nombre Completo del Representante	YENIRET DEL CARMEN MARTINEZ CHACON
Parentesco de la PCD	Esposa
Tipo de Documento Identidad	Permiso por Protección Temporal
Número de Documento de Identidad	6561464
Teléfono fijo y/o No. de celular	3133344019

**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>1225957</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G632
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 _____ No Aplica _____ 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: 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: _____

### **DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN**

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

### 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: G632



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1225957



FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1961

TIBU  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S RH

M

SEXO

09-ABR-1999 VILLA ROSARIO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2510000-00147002-M-0088195374-20090117 0009530653A 7590004410

CALLE 8-10-54 BARRIO GRAMALOTE  
VILLA DEL ROSARIO NORTE DE SANTANDER  
TLF 3133344019

**HIPERTENSIÓN Y DIABETES**

Consulta Externa

**FECHA :** 10/04/2024 09:40

**INGRESO :** 1535578

**LASSO LLIME**

**CC - 88195374**

**Edad :** 62 Años 6 Meses 25 Días

**Sexo :** Masculino

**Nacimiento :** 16/09/1961

**Teléfono :** 313 3344019

**Dirección :** GRAMALOTE CALLE 8 10 54 GRAMALOTE

**Empresa :** COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

**DATOS BÁSICOS**

<b>NIVEL EDUCATIVO :</b>	Básica Primaria	<b>PERTENENCIA ÉTNICA :</b>	Ninguna de las Anteriores
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO :</b>	2. Bajo	<b>PROCEDENCIA :</b>	VILLA DEL ROSARIO
<b>ESTADO CIVIL :</b>	Soltero(a)	<b>OCCUPACIÓN :</b>	NO SE TIENE INFORMACION
<b>POBLACIÓN ESPECIAL VULNERABLE CON ENFOQUE DIFERENCIAL</b>			

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

**MOTIVO DE LA CONSULTA :** CONTROL DE DIABETES

**ENFERMEDAD ACTUAL :** MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE CON DX DE DIABETES CON RIESGO EN TTO MEDICO REGULAR , MANIFIESTA BUENA ADERHENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN EFECTOS ADVERSOS, QUIEN ASISTE REGULARMENTE A SUS CONTROLES MÉDICOS Y ASISTE A ESTE CONTROL SIN ACOMPAÑANTE, ACTUALMENTE , SIN DOLOR EN TORAX O PALPITACIONES, SIN DISNEA SIN CRIODIAFOREISIS SIN EDEMA EN PIES , SENSIBILIDAD EN REGION PLANTAR SIN ALTERACIONES , SIN TENSION MUSCULAR , SIN ANSIEDAD NI ESTADOS DEPRESIVOS CON BUEN PATRON DE SUEÑO NO HA PRESENTADO CEFALEA, EPISTAXIS, TINITUS, MAREOS, ALTERACIONES VISUALES, ALTERACIÓN DE LOS NERVIOS, SIN FATIGA FÁCIL, SIN SINTOMAS EN SITIO DE APLICACIÓN DE INSULINA ,CON BUENA TÉCNICA DE APLICACIÓN , REFIERE CUMPLIR REGULARMENTE LA DIETA BAJA EN SAL, GRASA, AZUCARES Y HARINAS, EJERCICIO DE 60 MIN AL DIA TIPO CAMINATAS DE LUNES A VIERNES NIEGA EVIDENCIA DE LESIÓN EN ORGANO BLANCO, MANIFIESTA CUMPLIR EL TTO CON HORARIOS BIEN ESTABLECIDOS, NIEGA OTROS DATOS DE IMPORTANCIA PARA SU PATOLOGIA DE BASE . SIN HOSPITALIZACIÓN EN EL ÚLTIMO MES. EN SEGUIMIENTO POR QUIEN DEJA O MODIFICA MEDICACION Y DA CONTROL EN CON REPORTE DE LABORATORIOS .

**ANTECEDENTES MÉDICO FAMILIARES**

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES :</b>	<input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/> Drogadicción	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemias
	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Trastornos Metabolismo Lípidos	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Infartos a menores de 50 años
<b>ANTECEDENTES CANCER :</b>	<input type="checkbox"/> Seno	<input type="checkbox"/> Útero	<input type="checkbox"/> Ovario	<input type="checkbox"/> Cervix
	<input type="checkbox"/> Próstata	<input type="checkbox"/> Estomago	<input type="checkbox"/> Colo Rectal	<input type="checkbox"/> Piel
	<input type="checkbox"/> Pulmonar			

**OTROS ANTECED. FAM. :** TIA PATERNA DIBAETICOS

## ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM



## HIPERTENSIÓN Y DIABETES

Consulta Externa

FECHA : 10/04/2024 09:40

INGRESO : 1535578

## LASSO LLIME

CC - 88195374

Edad : 62 Años 6 Meses 25 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 16/09/1961

Teléfono : 313 3344019

Dirección : GRAMALOTE CALLE 8 10 54 GRAMALOTE

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

## ANTECEDENTES HEREDITARIOS

ABUELOS : DIABETES

---



---

PADRES : DIABETES

---



---

HERMANOS :

---



---

HIJOS :

---



---

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS :  Problemas de Piel  Convulsiones  Auditivos  Oculares  Respiratorios  Intoxicaciones  
 Cardiacos  Circulatorios  Hematológicos  Alérgicos  Venereos  Quirúrgicos

QUIRÚRGICOS : AMPUTACION INFRACONDILEA PIerna DERECHA

ALERGÍCOS : NIEGA

QUIRÚRGICOS : DISCAPACITADO, DIABETES UROLITIASIS

ALERGÍCOS :

ANTECEDENTES CANCER :  Seno  Útero  Ovario  Cervix  Pulmonar  Próstata  
 Estomago  Colo Rectal  Piel

OTROS ANTECEDENTES :

---



---



---

## GESTACIONES

GESTACIONES: 0	VIVOS: _____	PARTOS NORMALES: _____	CESARIAS: _____	ABORTOS: _____
CROSÓMICOS : _____		ECTÓPICO: _____	MORTINATOS: _____	MUERTOS: 0

## DATOS PROGRAMA CRÓNICOS

FECHA ING. AL PROGRAMA :	30/01/2024	ÚLT. VALORACIÓN MI/NEFRO. :		ETIOLOGÍA ERC :
EDAD EN AÑOS AL DX. DE DM :	50	EDAD EN AÑOS AL DX. DE HTA :	50	
PTE CON DIAGNÓSTICO DE HTA :	SI	FECHA DEL DX. DE HTA :	12/01/2023	
PTE CON DIAGNÓSTICO DE DM :	SI	FECHA DEL DX. DE DM :	12/01/2023	
		TIPO DIABETES :	Tipo II. Insulinodependiente	
PTE CON DIAGNÓSTICO DE ERC:	NO	FECHA DEL DX. DE ERC :		EDAD EN AÑOS AL DX. ERC :

## HÁBITOS PERSONALES

**HIPERTENSIÓN Y DIABETES**

Consulta Externa

**FECHA :** 10/04/2024 09:40

**INGRESO :** 1535578

**LASSO LLIME**

**CC - 88195374**

**Edad :** 62 Años 6 Meses 25 Días

**Sexo :** Masculino

**Nacimiento :** 16/09/1961

**Teléfono :** 313 3344019

**Dirección :** GRAMALOTE CALLE 8 10 54 GRAMALOTE

**Empresa :** COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

Cigarrillo	
Tabaco	
Alcohol	
Sustancias sicoaptiva	
Ejercicio Físico	
Exposición a humo de Leña o carbon	
Tensión Emocional	
Obesidad	
Alimienticios: sal o azucar en comidas	
Grasas	
Condimentos	
Uso del tiempo Libre	

**ACTIVIDAD FÍSICA**

**TIPO DE EJERCICIO :** NO

\_\_\_\_\_

**Nº DÍAS/SEMANAS :** NO

\_\_\_\_\_

**DURACIÓN :** NO

\_\_\_\_\_

**EXÁMEN FÍSICO**

Craneo	NORMOCEFALO
Ojos	Normal.
Oídos	Normal.
Nariz	Normal.
Boca	Normal.
Cuello	Normal.
Tórax	Normal.
Abdomen	NO MASAS NO MEGALIAS
Genitourinario	Normal.
Osteoarticular	AMPUTACION PIerna DERECHA
Sistema Nervioso	Normal.
Piel	Normal.
Músculo - Esquelético	ATROFIA MUSCULAR
Neurología - Esfera mental	Normal.
Cardio Pulmonar	Normal.

**HIPERTENSIÓN Y DIABETES**

Consulta Externa

**FECHA :** 10/04/2024 09:40

**INGRESO :** 1535578

**LASSO LLIME**

**CC - 88195374**

**Edad :** 62 Años 6 Meses 25 Días

**Sexo :** Masculino

**Nacimiento :** 16/09/1961

**Teléfono :** 313 3344019

**Dirección :** GRAMALOTE CALLE 8 10 54 GRAMALOTE

**Empresa :** COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

**SIGNOS VITALES Y ANTROPOLOGICOS**

PESO (KG) ACTUAL :	50	PESO (KG) IDEAL :	0	SÍSTOLE	DIÁSTOLE
TALLA (CMS) :	150	IMC (KG/M2) :	22.22	T.A. SENTADO :	100
<b>ESTADO NUTRICIONAL :</b> 4. Normal (18,50 a 24,99)					60
PERÍM. ABDOMINAL :	80	RIESGO POR PERÍM. ABD. :	NO	T.A. ACOSTADO :	100
TEMPERATURA :	36	FREC. CARDIACA :	85	T.A. PARADO :	100
PERÍM. MUÑECA :	14	FREC. RESPIRATORIA :	15	T.A. PROMEDIO :	100
GLUCOMETRÍA AYUNAS :	137	GLUCOMETRÍA POST :	0	TENS. CONTROLADA :	SI
<b>LESIÓN EN TEJIDO BLANDO :</b> _____					<b>INDICADOR HTA :</b> 0. Controlado (Sist < 140) (Diast < 90)
<b>FACTOR RIESGO CARDIOVASCULAR :</b> Moderado					<b>T.F.G :</b> 30 <b>CREATININA:</b> 1.78
					<b>INDICADOR T.F.G :</b> 3B. Disminución Moderada de TFG. 30 a 44

**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM**

**HIPERTENSIÓN Y DIABETES**

Consulta Externa

**FECHA :** 10/04/2024 09:40

**INGRESO :** 1535578

**LASSO LLIME**

**CC - 88195374**

**Edad :** 62 Años 6 Meses 25 Días

**Sexo :** Masculino

**Nacimiento :** 16/09/1961

**Teléfono :** 313 3344019

**Dirección :** GRAMALOTE CALLE 8 10 54 GRAMALOTE

**Empresa :** COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

**PROGRAMAS DE EDUCACIÓN**

Habitos alimenticios (consumo de frutas y verduras)	
Disminucion del consumo de sodio y azucar	
Actividade fisica 3 o 4 veces a la semana	
Manejo del stress	
Control del peso (disminucion o mantenimiento)	
No automedicarse	
Asistencia a controles	
Tomar los medicamentos indicados.	
Abstenerse de fumar.	

**SÍNTOMAS ACTUALES**

<input type="checkbox"/> Polifagia	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Hipoglícemia	<input type="checkbox"/> Poliuria	<input type="checkbox"/> Cansancio/Debilidad	<input type="checkbox"/> Prurito
<input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Fosfenos	<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Adormecimiento Pies	<input type="checkbox"/> Cetoacidosis	<input type="checkbox"/> Polidipsia
<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Tinitus	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Nicturia	<input type="checkbox"/> Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> Dolor Precordial

**RESULTADOS DE LABORATORIO**

HEMOGLOBINA	HGB	10.3	20/03/2024
MICROALBUMINURIA	MICROALBUMINURIA		
MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	ALBUMINURIA		
HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	HEMOGLOBINA GLICOSILADA		
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	COLESTEROL HDL	48	20/02/2024
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL LDL AUTO	82	20/02/2024
COLESTEROL TOTAL	COLESTEROL TOTAL	173	20/02/2024
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	137	20/02/2024
TRIGLICERIDOS	TRIGLICERIDOS	216	20/03/2024
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	VALOR CREATININA	1.78	20/03/2024
ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	ANTIGENO PROSTATICO		
ANTIGENOS PLAQUETARIOS SEMIAUTOMATIZADOS O AUTOMATIZADO	RELACION		
SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL		
SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL GUAYACO		
UROANÁLISIS	UROANALISIS	PATOLOGICO	20/03/2024
RELACION ALBUMINURIA/CREATINURIA	RELACION ALBUMINURIA / CREATINURIA		

INTERPRETACION AYUDAS DX :

\_\_\_\_\_

FECHA ELECTROCARDIOGRAMA :

\_\_\_\_\_

ELECTROCARDIOGRAMA :

\_\_\_\_\_

**HIPERTENSIÓN Y DIABETES**

Consulta Externa

FECHA : 10/04/2024 09:40

INGRESO : 1535578

**LASSO LLIME**  
**CC - 88195374**

Edad : 62 Años 6 Meses 25 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 16/09/1961

Teléfono : 313 3344019

Dirección : GRAMALOTE CALLE 8 10 54 GRAMALOTE

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

CAPTOPRIL : \_\_\_\_\_

ENALAPRIL : \_\_\_\_\_

LOSARTAN : \_\_\_\_\_

NIFEDIPINO : \_\_\_\_\_

AMLODIPINO : \_\_\_\_\_

CLONIDINA : \_\_\_\_\_

GLIBENCLAMIDA : \_\_\_\_\_

INSULINA : SI \_\_\_\_\_

METFORMINA : \_\_\_\_\_

METOPROLOL : \_\_\_\_\_

CARVEDILOL : \_\_\_\_\_

OTROS : \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO ACTUAL : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**REGIMEN DIETÉTICO**

**DESAYUNO**

1 FRUTA :  SI  NO  A VECES

1 GRASAS :  SI  NO  A VECES

2 ALMIDON / PAN :  SI  NO  A VECES

1 LECHE :  SI  NO  A VECES

OTROS ALIMENTOS : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**MEDIA MAÑANA**

1 ALMIDON / PAN :  SI  NO  A VECES

1 LECHE :  SI  NO  A VECES

1 FRUTA :  SI  NO  A VECES

**ALMUERZO**

1 CARNE :  SI  NO  A VECES

1 FRUTA :  SI  NO  A VECES

2 ALMIDON / PAN :  SI  NO  A VECES

1 GRASAS :  SI  NO  A VECES

1 VERDURA :  SI  NO  A VECES

OTROS ALIMENTOS : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**MEDIA TARDE**

1 ALMIDON / PAN :  SI  NO  A VECES

1 LECHE :  SI  NO  A VECES

1 FRUTA :  SI  NO  A VECES

**CENA**

1 CARNE :  SI  NO  A VECES

1 FRUTA :  SI  NO  A VECES

2 ALMIDON / PAN :  SI  NO  A VECES

1 GRASAS :  SI  NO  A VECES

1 VERDURA :  SI  NO  A VECES

OTROS ALIMENTOS : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HIPERTENSIÓN Y DIABETES**

Consulta Externa

**FECHA :** 10/04/2024 09:40

**INGRESO :** 1535578

**LASSO LLIME**

**CC - 88195374**

**Edad :** 62 Años 6 Meses 25 Días

**Sexo :** Masculino

**Nacimiento :** 16/09/1961

**Teléfono :** 313 3344019

**Dirección :** GRAMALOTE CALLE 8 10 54 GRAMALOTE

**Empresa :** COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

**DIAGNÓSTICO**

**FINALIDAD DE CONSULTA :** No Aplica

**CAUSA EXTERNA CONSULTA :** Enfermedad General

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL :** DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS

**TIPO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL :** Confirmado Repetido

**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1 :** HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2 :** POLINEUROPATHIA DIABETICA (E10-E14 CON CUARTO CARACTER COMUN .4) - 632.

**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3 :**

**DIAGNÓSTICO MÉDICO :** METAS PARA LA PACIENTE TA<140/90, IMC <25, COL T<180, HDL>40, TRIG<150, LDL<130

MANIFIESTA BUENA ADERHENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN EFECTOS ADVERSOS,

CONSIDERANDO METAS PARA LA PACIENTE TA<140/90, IMC <25, COL T<180, HDL>40, TRIG<150, LDL<130

**FECHA PRÓXIMA CITA :** 10/05/2024

**REMITIDO A**

**ESPECIALISTA :** \_\_\_\_\_

**OTRO CONTROL DE PYP :** \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

METAS PARA LA PACIENTE TA<140/90, IMC <25, COL T<180, HDL>40, TRIG<150, LDL<130

MANIFIESTA BUENA ADERHENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN EFECTOS ADVERSOS,

CONSIDERANDO METAS PARA LA PACIENTE TA<140/90, IMC <25, COL T<180, HDL>40, TRIG<150, LDL<130

**PLAN DE MANEJO :**

MEDICAMENTO (Cantidad: 90) TAMSULSOINA TAB 0.4MG, 1 UN CADA 24 HORAS POR 90 DIAS

METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 10 MG TABLETA (Cantidad: 30) 1 UND CADA 24 HORAS POR 30 DIAS / ALMUERZO

HIDROXIDO DE ALUMINIO 4% + HIDROXIDO DE MAGNESIO 4% + SIMETICONA 0.4% SUSPENSION ORAL (Cantidad: 1) UNA CUCHRADA DESPEUS DE CADA COMIDA

ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TABLETA (Cantidad: 90) 1 UND CADA 24 HORAS POR 90 DIAS

ACIDO FOLICO TABLETAS 1 MG (Cantidad: 90) 1 UND CADA 24 HORAS POR 90 DIAS

MICROALBUMINURIA (Cantidad: 1)

ORDEN MEDICA (Cantidad: 1) RELACION MICROALBUMINURIA/CREATINURIA

HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA (Cantidad: 1)

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (Cantidad: 1)

**JAIMES ROMERO CARLOS IVAN**  
**C.C. 88000958**  
**MEDICINA GENERAL**



## 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	88195374
NOMBRES	LLIME
APELLIDOS	LASSO
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	01/02/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/25/2024 14:45:02 | 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:

25/07/2024

Ficha:

54874870555600002204

**B1**

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** LLIME

**Apellidos:** LASSO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 88195374

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 30/09/2021

**Última actualización ciudadano:** 30/09/2021

**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





COL

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6561464

MARTINEZ CHACON  
APELLIDOS  
YENIRET DEL CARMEN  
NOMBRES

VEN F  
NACIONALIDAD  
SEXO

24656199

DNI N°:

26-03-1990

FECHA DE NACIMIENTO

22-04-2022 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



Yeniret M.

VISIBLES

E0262526



INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia  
cualquier cambio en la condición o información migratoria.

2140063 P  
Juan Francisco Espinosa Velásquez  
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

[www.migracioncolombia.gov.co](http://www.migracioncolombia.gov.co)

IPCOL6561464<<6<<<<<<<<<<<<  
9003266F3105308VENE0262526<<<  
MARTINEZ<CHACON<<YENIRET<DEL<<