
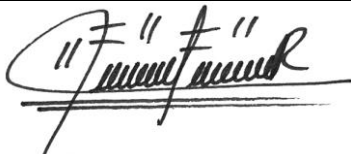
 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
--	--	--

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	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	29 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	29 de Julio de 2024
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA	
Nombre Completo	REINALDO NIÑO BARRIENTOS
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (<input checked="" type="checkbox"/>) Otro ()
Número de Documento de Identidad	13.219.562 de Cúcuta
Edad	81 Años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 14 #17A-31 Barrio La Esperanza
Teléfono fijo	3133171746
No. de Celular (2 números si es posible)	3212551481
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Maritza22122@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: ()
Nombre Completo del Representante	MARITZA ROCIO NIÑO MONTAÑEZ
Parentesco de la PcD	Hija
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.092.341.906 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3212551481
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)	1256313
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F009 -I694 – R32X – I10X – I678
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.ipsprogresando@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: <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: X Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleana 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	

CC 13219562 REINALDO NIÑO BARRIENTOS

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: F009 - I694 - R32X - I10X - I678



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1256313

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13.219.562**

APELLIDOS **NIÑO BARRIENTOS**

NOMBRE **REINALDO**

Reinaldo Niño Barrientos
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

06-ENE-1943

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

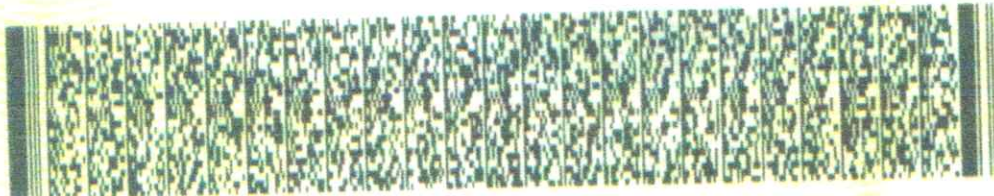
1.55
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO


02-SEP-1965 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2510000-55163546-M-0013219562-20071213

00002 07347M 02 282094140

 Jorge Cristo Sahium Villa del Rosario	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Niño	Barrientos	Reinaldo	CC 13219562
Edad: 80	Estado Civil: Unión libre	Escolaridad: 3 ^{ra} primaria	Género: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Dirección: Cra 14 N°17-A35 B La Esperanza U/A		Teléfono: 313/3171746	

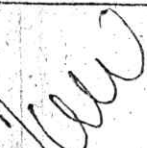
FECHA: AÑO: 2024 MES: 01 DIA: 03

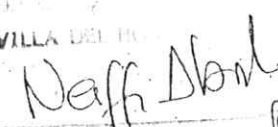
DIAGNÓSTICO: Demencia / Enf Alzheimer (F009)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Secuelas Enf Cerebrovascular (I694)
Incontinencia Urinaria (R32X)

Paciente quien desde hace aprox 10 años presenta trastorno Neurosensorial, episodio de Enfermedad Cerebrovascular con dos repercusiones que le generó desacomodamiento físico, disortnia, trastorno cognitivo y del Aprendizaje, Alzheimer. A la Valoración No se ubica en tiempo y espacio, no cumple órdenes sencillos ni complejas, No controla esfínteres, No realiza Actualmente ninguna postura del desarrollo motor normal, Recibe Hto farmacológico permanente. Paciente en Cama, no deambula. Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria. Requiere Acompañamiento permanente.

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA (Motor-Mental-Lenguaje)


MEDICO


FISIOTERAPEUTA RPO06390



SANATY IPS S.A.S.
CALLE 13A No. 1E-112 BARRIO CAOBOS Tel: 3330333455 Nit: 900748002-0
HISTORIA CLINICA GENERAL - CONSULTA EXTERNA
Historia N°: 13219562
Código Habilitación: 540010237501
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CAOBOS

Fecha Impresión: 22/02/2024 15:34

Nombres y apellidos: REINALDO REINALDO NIÑO

Sexo: M

Fecha Nacimiento:

06/01/1943

Tipo y número de documento: CC 13219562

Edad: 81 A 1 M 8 D 13 H 3 Min

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Lugar de Residencia: NORTE DE SANTANDER CUCUTA

Barrio: URBANO

Zona Residencial: Urbana

Dirección: CLL 1 10-45 SANTANDER

Teléfono: 3133171746

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR

Grupo Etnico: NO APLICA

Religión: CATOLICO

Escolaridad:

Grupo Sanguineo O +

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación:

Aseguradora: COOSALUD EPS S.A/233-MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL COOSALUD EPS SUBSIDIADO

Tipo Usuario: Subsidiado

Tipo Vinculación:

Estrato: CATEGORIA A

Cita N°: 106527

Fecha Ingreso: 14/02/2024 20:03

Fecha Atención: 21/02/2024 19:40

Fecha Salida: 21/02/2024 19:40

Especialidad: MEDICINA GRAL

Correo Electrónico: CLIENTESANATY@GMAIL.COM

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA:

VISITA MEDICA DOMICILIARIA

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE MASCULINO DE 80 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE SECUELAS DE ACV, HIPERTENSION ARTERIAL, DESNUTRICION, ARTROSIS, GONARTROSIS SEVERA BILATERAL, NO BIPEDESTA, NO DEAMBULA, PACIENTE QUIEN SE EVIDENCIA MAYOR COMPROMISO DE HEMICUERPO DERECHO, NIEGAN INGRESOS HOSPITALARIOS, NIEGAN FIEBRES.

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

TA: 110/60 mmHg GLAS: 15 puntos FC: 83 x min PESO: 1 Kg TALLA: 1 cm PC: 1 cm IMC: 10000 Kg/m2 SUP: 0.13 m2 FR: 19 x min
SAT: 95 % TAM: 76.67 mmHg TEMP: 36 °C PM: 1 cm

EXAMEN FISICO

CONDICIONES GENERALES

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, CON BUEN HIGIENE

NEUROLOGICOS

CONSIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, DESORIENTADO EN TIEMPO Y PERSONA

CARDIO-PULMONAR

PACIENTE DE ALTO RISEGO CARDIOVASCULAR, RSRC RITMICOS, CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS

PIEL

SIN LESIONES

CABEZA

NORMOCEFALO

OTORRINOLARINGOLOGIA

MUCOSAS INTEGRAS

CUELLO

MOVIL, SIN SIGNOS DE ADENOPATIAS

TORAX

EXPANDIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

ABDOMEN

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO DOLOR

EXTREMIDADES

NO BIPEDESTA, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN ARTICULAR

GENITO-URINARIOS

NORMOCONFIGURADO, CON PAÑAL POR INCONTINENCIAS

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO

NO

SINTOMÁTICO DE PIEL

NO

PRESENTA SIGNOS DE MALTRATO(SI o No)

NO

EXAMEN MENTAL

NIO VALORADO

Sintomatico respiratorio: No Sintomatico de Piel: No

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

DIAG. PRINCIPAL: F009 - *-DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA (G30.9+) OBSERVACION: TIPO DE DIAGNÓSTICO: Confirmado repetido

REL. 1: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) OBSERVACION:

REL. 2: R32X - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA OBSERVACION:

CAUSA EXTERNA: Otra FINALIDAD DE LA CONSULTA: No Aplica

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

VISITA MEDICA DOMICILIARIA
SS VALORACION POR FISIATRIA

FORMULA MEDICA DE PATOLOGIA CRONICA NO RELACIONADA CON LA ATENCION DOMICILIARIA

LOSARTAN TAB 50MG TOMAR 1 CADA 12 HORAS #60 AL MES
ACIDO ACETIL SALICILICO TAB 100MG TOMAR 1 DIA #30 AL MES
ATORVASTATINA TAB 40MG TOMAR 1 TAB DIA #30 AL MES
ACETAMINOFEN TAB 500MG TOMAR 1 POR DOLOR #30 AL MES
NISTATINA 100000UI MAS OXIDO DE ZINC 20%, CREMA TOPICA 60GR APLICAR EN CAMBI DE PAÑAL #4 AL MES
PAÑAL DESECHABLE TALLA M CAMBIO CADA 6 HORAS #120 AL MES #360 PARA 3 MESES 20240221152037977496


Dr. Miguel Angel Hernandez Rivera
Médico General
Reg. Medico 2918-03
C.A. 79601502, Bogotá

MIGUEL ANGEL HERNANDEZ RIVERA
Registro Medico 2918-03
MEDICO GENERAL
Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Impreso por: MFV - MARLEY FRANCESCA VIVAS FERNAN

HISTORIA CLINICA**Contrato :** MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL COOSALUD EPS**Fecha:** Junio 22 de 2024 - Junio 22 de 2024**DATOS DEL USUARIO**

Nombre y Apellidos :	REINALDO NIÑO BARRIENTOS	Fecha de Nacimiento :	06/01/1943
Identificación :	13219562	Tipo Doc:	CC
Dirección:	CALLE 17 N17A -29 ESPERANZA PARTE ALTA	Sexo :	M
Ocupación :	SIN OCUPACION	Edad :	81Años
Tipo de Usuario :	SUBSIDIADO	Teléfono:	3133171746
Entidad :	COOSALUD EPS S.A	Estado Civil :	SOLTERO(A)
		Tipo de Afiliación :	CABEZA FAMILIA
		Fecha y Hora Aten:	22/06/2024 - 20:48

Motivo: CONTROL Y VALORACION POR NUTRICION DOMICILIARIA**Enfermedad Actual:** NA**Antecedentes:** NA**Revision:** NA**Exámen General:** TA: 1 FC: 1 FR: 1 T°: 1 ° PESO: 42 Kg TALLA: 1.51

PACIENTE HOSPITALIZADO EN CASA POSTRADO EN CAMA DETERIORO DEL ESTADO NUTRICIONAL DESDE LA ULTIMA VALORACION CON PERDIDA DE 3 KILOS PESO ACTUAL_ 42 KILOS PESO ANTERIOR: 45 KILOS CON DEPELCIONES MUCULAR. CON DEFICIT DE MAS DE 15 KILOS DE PEÑO EN LOS ULTIMO MESES SE REALIZA REAJUSTE DE DIETA SE EXPLCIA ALIMENTACION ACORDE A NECESIDAD. SE EXPLCIA A DEMAS MEJORAR HABITOS DE ALIMENTACION CON EL FIN DE EVITAR MAYOR PERDIDA DE PESO Y MASA CORPORAL

SE EXPLICA CONSUMO DE PROTEINA ALIMENTACION A TOLERANCIA CON APOORTE DE PROTEINA- SE REQUIERE DE COMPLEMENTO Y SUPLEMENTO-

Diagnóstico: I678- OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS**Impresión Diagnostica:** NA**Tratamiento:** DIETA HIPERPORTEICA

DIETA A NECESIDAD DE PACIENTE

7-144.





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	13219562
NOMBRES	REINALDO
APELLIDOS	NIÑO BARRIENTOS
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	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:

07/29/2024
16:20:11

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:

29/07/2024

Ficha:

54874051551700000060

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: REINALDO

Apellidos: NIÑO BARRIENTOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13219562

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

01/07/2023

Última actualización ciudadano:

01/07/2023

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:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

Centrales Eléctricas del Norte de Santander S.A. E.S.P.

NIT: 890500514-9 Somos Autoretendores a título de Renta Resolución 547 del 25 de Enero de 2002. Grupos Contribuyentes: Resolución DIAN 00012220 del 26 de diciembre de 2022 Agentes Retenedores IVA.

Servicio de energía

Acción (G): 390.8240
Transmisión (T): 54.2667
Distribución (D): 29.7147
Costo Unitario \$/kWh: 403.203

Comercialización (CV): 132.6327
Cargos Recaudados (TR): 4.3084
Reducciones (R): 9.5712
Tarifa Aplicada \$/kWh: 403.203
FECHA PUBLICACION: 20-ABR-2024
Substato (S): 59.3109

Historico de consumo \$/kWh



Información de consumo / Detalle del servicio de energía

Activo	Consumo	Reactiva	Valor Mes
Activo 1	44.000	22.000	15.000
Activo 2	44.000	22.000	15.000

Concepto	Valor Mes
Consumo Activo	\$ 11.77
Consumo Reactivo	\$ 11.77

Servicio de aseo

Empresa: ECUA ASCO (Código de Seguridad)
Dirección: Calle 100 No. 100-100
Código de Servicio: 100-100-100
Frecuencia de Servicio: 1
Frecuencia de Recolección: 3
Código de Recolección: 3

Costo Unitario

Activo	Consumo (Ton)	Tarifa (\$)
Activo 1	0.0674	17.674
Activo 2	0.0674	17.674

Historico

Activo	Consumo (Ton)	Tarifa (\$)
Activo 1	0.0674	17.674
Activo 2	0.0674	17.674

Total de aseo \$ 17,836

Impuesto alumbrado publico

Concepto: Alumbrado Publico
Valor Mes: 15.800

Total alumbrado publico \$ 15,800

Hogar y prevision / CreditoSOMOS

Concepto: Hogar y prevision / CreditoSOMOS
Valor Mes: 12.99

Servicios Facturados

Total \$ 12.99
Por tus servicios pagas \$ 110,854

Con este numero puedes hacer tramites y pagos Reporta daños y emergencias marcando gratis 018000 414 115 ó al 115

565085

Solicita tu turno de atención a través de la App de CENS

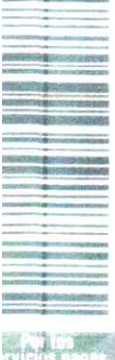
Descargala en:

App Store

Google Play

Medio Ambiente correo electrónico

www.cens.com.co



\$ 110,854

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.092.341.906**

NIÑO MONTAÑEZ
APELLIDOS

MARITZA ROCIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1988**
VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

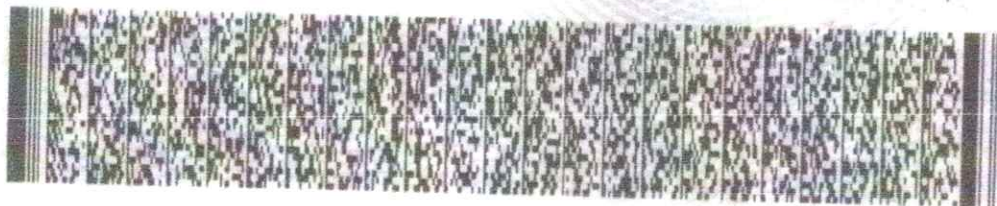
F

SEXO

13-FEB-2007 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2510000-55158942-F-1092341906-20070517

0377307137A 02 233488113