

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.092.340.460**

GARCIA RAMIREZ
APELLIDOS

JOSE ALEXIS
NOMBRES

Jose Alexis Garcia Ramirez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUN-1988**
BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

B+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

10-AGO-2006 VILLA ROSARIO


FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-2510000-43155682-M-1092340460-20061229

05513 06362M 02 221813233

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
García	Ramírez	Jose Alexis	1092340460
Edad: 34	Estado Civil: Soltero	Escolaridad: 5º Primaria	Género: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Dirección: C/ 2 N° 14-50 B. San Gregorio U/R			Teléfono: 320/2736741


FECHA: AÑO: 2022 MES: 11 DIA: 25

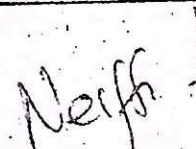
DIAGNÓSTICO: Hemorragia Tallo Cerebral (I613)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Cuadriplejia Espástica (I824)

Paciente quien hace aprox. 14 años sufrió infarto Cerebral del tallo Cerebral ocasionando lesión Cerebral permanente con Retardo mental moderado, cuadriplejia espástica, Atrofia generalizada, no controla esfínteres (vejiga Neurogénica), requiere parálisis, permanece en cama hospitalaria, no realiza ninguno postura del desarrollo motor por Cuadriplejia, clonus permanente que se incrementa al cambio de postura, disartria, se alimenta con sonda por debilidad músculos deglución, dependiente de todas las act de la Vida Diaria (Aseo, Vestido, Alimentación, traslados) Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: Discapacidad múltiple severa (Mental Motor Lengua)


 Médico General
 C. 13.118.558
 N. 14.3794
 MEDICO


 FISIOTERAPEUTA
 11006390



IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

HISTORIA CLÍNICA

Dirección: CL 2 # 14-50 SAN GREGORIO
Ciudad: VILLA DEL ROSARIO

Identificación: CC 1092340460
Fecha de nacimiento: 16/06/1988
Estado civil:
Barrio: CENTRO
Departamento: NORTE DE SANTANDER

Paciente: JOSE ALEXIS GARCIA RAMIREZ
Edad: 35 Sexo: M Tipo vinculación: SUBSIDIADO

Ocupación:
Zona: Urbana Estrato:
Teléfono: 3202736741 - N. Afiliación:
3212950912

E-mail:
Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA

Responsable:

Parentesco:

Teléfono:

Fecha/ Hora de Atención: 04/05/2024 18:45 - Fecha de digitalización: 04/05/2024 20:16

Consulta control

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL MEDICO DOMICILIARIO

CUIDADOR

JOSE GARCIA

MOTIVO DE INGRESO AL PROGRAMA

MOVILIDAD REDUCIDA VALORACION DEL MES DE MAYO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE SECUELAS DE ISQUEMIA CEREBRAL HACE 18 AÑOS, EPILEPSIA, INCONTINENCIA MIXTA, CUADRIPLÉJICA EPÁSTICA, SÍNDROME DE INMOBILIDAD, SE REALIZA VISITA MÉDICA, QUIEN ACOMPAÑA MADRE (JOSE GARCIA), FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE SE HA ENCONTRADO ESTABLE, ASINTOMÁTICA, NO HA PRESENTADO FIEBRE, NO VÓMITO, NO DIARREA, NO CONVULSIONES, NO DISNEA, CON MEJORA DE TOS CONTINUA CON TERAPIAS FÍSICAS , RESPIRATORIAS Y OCUPACIONALES 12 AL MES , SS VALORACION POR ENFERMERIA , SE DEJA ORDEN DE MIPRESS DE PAÑALES TALLA L POR 90 DIAS , SE DEJA MANEJO MEDICO IGUAL

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: SECUELAS DE ISQUEMIA CEREBRAL HACE 18 AÑOS, EPILEPSIA, INCONTINENCIA MIXTA, CUADRIPLÉJICA EPÁSTICA, SÍNDROME DE INMOBILIDAD

ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIAR NO REFIERE

ANTECEDENTES MÉDICOS

SECUELAS DE ISQUEMIA CEREBRAL HACE 18 AÑOS, EPILEPSIA, INCONTINENCIA MIXTA, CUADRIPLÉJICA EPÁSTICA, SÍNDROME DE INMOBILIDAD

ANTECEDENTES SISTEMÁTICOS

NO

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

NO

REVISIÓN POR SISTEMA

NO

LATERALIDAD

NO

SIGNOS VITALES

INDICACIONES:



IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

HISTORIA CLÍNICA

Identificación: CC 1092340460
Fecha de nacimiento: 16/06/1988
Estado civil:

Paciente: JOSE ALEXIS GARCIA RAMIREZ
Edad: 35 Sexo: M Tipo vinculación: SUBSIDIADO
Ocupación:

NO SE PESA NI TALLA MOVILIDAD REDUCIDA NO SE TOMA GLUCOMETRIA

T.A. (Mm/Hg): 110/70/ F-C (x min): 75 F-R (x min): 20 T (°): 36 S.O (%): 98 Glucometría (mg/dl):
TALLA(m): PESO(Kg): IMC (kg/m²):

ESCALAS

Glasgow: 10 Interpretación: Moderado
Barthel: 5 Interpretación: Total: 0-20 pts
Karnofsky: 40 Interpretación: Imposibilidad de cuidarse a sí mismo, requiere de atención institucional u hospitalaria equivalente, la enfermedad puede progresar rápidamente

EXAMEN FÍSICO

Descripción general: ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES

Cabeza y cuello: NORMOCEFALA, MUCOSA ORAL HUMEDA, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS

Cardiopulmonar: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREGREGADOS, BIEN VENTILADOS NO DISNEA, CON MOVILIZACION DE SECRECIONES

Abdomen: BLANDO, NO MASAS, NO MEGALIA, NO PRESENTA DOLOR, RI POSITIVO

Genitourinario: NO SE VALORA USO DE PAÑAL DURANTE LA VALORACION

Extremidades: EUTROFICAS, HIPERTROFIVAS , PULSOS PRESENTES BUEN LLENADO CAPILAR, NO EDEMAS, CON TENDENCIA A PERMANECER EN FLEXION

Sistema Nervioso Central: POSTRADO EN CAMA, PRESENTA SONIDOS INCOMPENSIBLES, MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS EN EXTREMIDADES

ESTADO ACTUAL

Complicaciones: NO

Accidentes: NO

Eventos adversos: NO

EVOLUCIÓN

Análisis de estudios diagnósticos

NO HAY RECIENTES

Análisis de laboratorios clínicos

NO HAY

Análisis

PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE SECUELAS DE ISQUEMIA CEREBRAL HACE 18 AÑOS, EPILEPSIA, INCONTINENCIA MIXTA, CUADRIPLÉJICA EPÁSTICA, SÍNDROME DE INMOBILIDAD, SE REALIZA VISITA MÉDICA, QUIEN ACOMPAÑA MADRE (JOSE GARCIA), FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE SE HA ENCONTRADO ESTABLE, ASINTOMÁTICA, NO HA PRESENTADO FIEBRE, NO VÓMITO, NO DIARREA, NO CONVULSIONES, NO DISNEA, CON MEJORA DE TOS CONTINUA CON TERAPIAS FÍSICAS , RESPIRATORIAS Y OCUPACIONALES 12 AL MES , SS VALORACION POR ENFERMERIA , SE DEJA ORDEN DE MIPRESS DE PAÑALES TALLA L POR 90 DIAS , SE DEJA MANEJO MÉDICO IGUAL

Plan

1.PAQUETE PACIENTE CRÓNICO CON TERAPIAS. -CONTROL MÉDICO DOMICILIARIO MENSUAL - SS VALORACION POR ENFERMERIA - SS TERAPIAS OCUPACIONAL DOMICILIARIAS # 12 AL MES 2. SS TERAPIAS FÍSICAS DOMICILIARIAS # 15 AL MES 3. SS TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS # 30 AL MES 4. SS TERAPIAS FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA # 15



IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 900257281-1

HISTORIA CLÍNICA

Identificación: CC 1092340460

Paciente: JOSE ALEXIS GARCIA RAMIREZ

Fecha de nacimiento: 16/06/1988

Edad: 35 Sexo: M Tipo vinculación: SUBSIDIADO

Estado civil:

Ocupación:

AL MES 5. SE DEJA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO Y SE DEJA ORDEN DE MIPRESS PAÑALES TALLA L POR 90 DIAS
6. SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE POR MAS DE 48 HORAS, CONVULSIONES, VOMITA TODO , DIARREA ABUDANTE, DETERIORO FISICO MARCADO , NO RESPONDE A ESTIMULOS , SANGRADOS PROFUSOS, DOLOR TORAXICO OPRESIVO , DOLOR ABDOMINAL FUERTE Y PERSISTENTE, PERDIDA DE LA MOVILIDAD DE UNA EXTREMIDAD, CEFALEA DE GRAN INTENSIDAD PASAR A URGENCIAS DE INMEDIATO. 7. RECOMENDACIONES: HABITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES, DIETA HIPOSODICA, DIETA HIPOGLUCIDA, HIDRATACION DE LA PIEL, FAMILIARES DEBEN APOYAR CON CUIDADOS, REALIZAR CAMBIO DE POSICION CADA 2 HORAS PARA EVITAR ESCARAS, NO PERMANECER INACTIVA, TERAPIAS. 8. ORDENES VIGENTES DE PAÑALES TALLA L MIPRESS

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	TIPO	PRINCIPAL
I693	SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL	CONFIRMADO REPETIDO	(X)
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	
M623	SINDROME DE INMOVILIDAD (PARAPLEJICO)	CONFIRMADO REPETIDO	
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	CONFIRMADO REPETIDO	
R15X	INCONTINENCIA FECAL	CONFIRMADO REPETIDO	

FINALIDAD DE CONSULTA

CAUSA EXTERNA

CONDICIONES GENERALES AL MOMENTO DEL EGRESO

[Firma manuscrita]

MARIA ALEJANDRA VILLAMIZAR RONCANCIO

CC : 1090499319

MEDICO GENERAL

Tarjeta Profesional: 1090499319



ADRES

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	1092340460
NOMBRES	JOSE ALEXIS
APELLIDOS	GARCIA RAMIREZ
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:07/03/2024 16:03:46

Estación de origen:2801:12:c800:2070::1

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



Fecha de consulta

03/07/2024

Ficha

54874001553400000187

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: **JOSE ALEXIS**

Apellidos: **GARCIA RAMIREZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Numero de documento: **1092340460**

Municipio: **Villa del Rosario**

Departamento: **Norte de Santander**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

23/03/2024

Última actualización ciudadano

23/03/2024

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

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico

sisben@villarosario.gov.co

Tu seguridad no es un juego, hurtar infraestructura eléctrica es un delito que pone en riesgo tu vida y afecta la prestación del servicio.
Consultalos en la línea 01 8000 414115

Ecoparque Río Pamplonita en el malecón

Viernes 1 de diciembre
6:30 p.m.

Acompañanos en el recorrido por las 7 estaciones de la magia de nuestra historia.

Importante

El 10 de julio de 2023...

Factura Digital CENS

CENS patrocinador oficial

Consejos para ahorrar energía

CENS patrocinador oficial

Compensación Calidad del Servicio					
Indicadores	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Mes 3
C transformador	1102407	De la Empresa			
DIUG	41.74				
DIU	3.927				
HC	0				
VR Compensar S	0				
DI	301.263				
Grp Calidad	21				
FIUG	15				
FIU	4				
VC	0				
CEC	0				
%	16				

Información de tu instalación

Medidor Activa: 4519834
Medidor Reactiva:
Alimentador: EL SC69
Nivel de tensión: 1
Carga instalada: 1.5
Constante de medida: 1

Si en el momento de la facturación no se ha presentado la factura en el pago por fines de dos periodos consecutivos, constituyéndose esta condición como la causa de suspensión de servicio de acuerdo a lo establecido en el numeral 4, de la Ley 1994 modificada por el artículo 18 de la Ley 669 de 2001.
De conformidad con el Decreto 2750 de 1995, la firma mecánica que aparece a continuación, tiene plena validez para todos los efectos legales.
José Miguel González Corp. Representante Legal

Medios de pago

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a <https://sites.placetopay.com/censce:tralselectricasdeins/login>

Puntos de pago

Apostas Cucuta 75 - BBVA - Compercons - Cogus Simales - Almacenes Exito - Ilmor Banco Colombia - Davivienda - Electy - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Agrario - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Datatons ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)

Tu información

Nombre: Jose Eli Garcia Montero
Dirección: Cll 2n 14-50
Barrio: San Gregorio
Clase de Servicio: Residencial
Ruta: 105 0151232525

Ciudad: Villa Del Rosario
Estrato 1
Tarifa: Generica

Tu número de cliente: 105206

Documento equivalente a factura N° - 1070131042

Fecha de emisión: Noviembre 15/2023

Tu último pago fue: 31/AGO/2023

Pagaste: \$150,000

Evite la suspensión del servicio 3 Periodos de atraso: ¡Escanee y pague!

Fecha de vencimiento

Periodo facturado 10/OCT/2023 a 08/NOV/2023

Pago oportuno hasta: INMEDIATO

Fecha de suspensión: INMEDIATO

30

Servicios Facturados

\$495,957
\$64,352
\$91,161

Alumbrado Público

Pago total \$651,470

Contactanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales

Descarga la app CENS www.cens.com.co



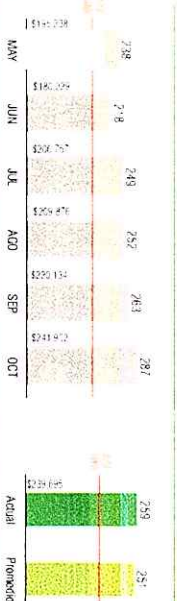
Centrales Eléctricas
NIT: 890500514-9. Somos Autoreteneables a título de Renta: Resolución 547 del 25 de Enero de 2002. Grandes Contribuyentes: Resolución DIAN 00112220 del 26 de diciembre de 2022 / Agentes Retenedores IVA.

Norte de Santander S.A. E.S.P.

Servicio de energía

Comercialización (CV): 76.3758
Pérdidas Reconocidas (PR): 85.0711
Restricciones (R): 2917
Tarifa Aplicada \$/kWh: 371.1241
FECHA PUBLICACION: 20/OCT/2023
Subsidio (%): -59.8338

Historico de consumo \$/kWh



Información de consumo / Detalle del servicio de energía

Activa	Lectura	kWh	Reactiva	Lectura	kVArh
Actual	41194	259	Actual		
Anterior	40935		Anterior		

Concepto	Valor Mes
CONSUMO ACTIVA	\$ 239.695
SUBSIDIO	\$ -95.797
AJUSTE A LA DECEÑA	\$ -3
INTERES MORA	\$ 1.708
SALDO ANTERIOR	\$ 350.354

Servicio de aseo

Empresa VECOLIA ASEO NORTE DE SANTANDER
Sitio Web: www.vecolia.com.co
Correo: co.servicio.cliente@vecolia.com
Clase de servicio: RESIDENCIAL - RE
Frecuencia de servicio: 1
subscont (\$): -3943
subscont (%): 20
Costos: 19.715

Costo Unitario

Mes	Consumo (Ton)	Tarifa (\$)
OCT	0.0586	15.922
SEP	0.0586	15.790
AGO	0.0586	16.294
JUL	0.0586	16.064
JUN	0.0622	16.057
MAY	0.0622	16.068

Subsidio Aseo

COMERCIALIZACION POR SUSCRIPT	\$ 3.943
COMERCIALIZACION APROVECHAMIENTO	\$ 3.132
RECOLECCION Y TRANSPORTE	\$ 939
BARRIDO Y LIMP. DE AREAS PUBL	\$ 8.120
INCENTIVO AL APROVECHAMIENTO I	\$ 3.634
INTERES MORA ASEO	\$ 560
LIMPIEZA URBANA	\$ 235
TRATAMIENTO DE LIXIVIADOS	\$ 186
VALOR BASE APROVECHAMIENTO	\$ 470
DISPOSICION FINAL	\$ 524
SALDO ANTERIOR	\$ 2.150
	\$ 48.345

Total de aseo \$ 64,352

Impuesto alumbrado publico

Clasificación CPSCU 25
Sueto pasivo (Contribuyente): Jose El Garcia
Moritorio
Norma municipal que aprueba Acuerdo No. 006 de 2017
Para mayor informacion comunicarse con la alcaldia de tu municipio y para mantenimiento al operador en la línea 5644164 Consorcio American Lighting S.A.S.
Base Gravable 239.695

Concepto

IMPUESTO ALUMBRADO PUBLICO	\$ 23.970
SALDO ANTERIOR	\$ 67.191

Total alumbrado publico \$91,161

Estado Financieros / CreditosOMOS

Nº de convenio	Deuda inicial	Tasa Interes	Cuotas Pend.	Deuda actual	Cuotas Faci.

Total de energía \$ 495,957

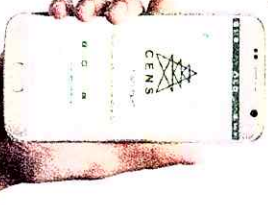


Realiza todos tus trámites desde la comodidad de tu casa
Asesor virtual de CENS

De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
Sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.



- Solicita un turno por la app de CENS y programa tu atención en 3 sencillos pasos**
- 1 Descarga la app de CENS
 - 2 Ingresa a Solicitar Turno
 - 3 Selecciona la oficina más cercana y solicita tu turno



Con este número puedes hacer trámites y pagos
Reporta daños y emergencias marcando gratis

Número de cliente: **105206**
018000 414 115 ó al 115

Portal de Autogestión



Gestiona tu cuenta de energía en el Portal de Autogestión
Regístrate en www.cens.com.co/
Servicios en línea

Servicios Facturados

\$495,957

\$64,352

\$91,161

Por tus servicios pagas

\$651,470

13687-1/2

\$ 651,470

641517099800179418020410000052063839000000514170962023707

Por tus servicios pagas



13687-1/2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.891.968

RAMIREZ JAIMES

APELLIDOS

CARMEN ELODIA

NOMBRES

Carmen Ramirez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1959

RAGONVALIA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

13-SEP-1978 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2510000-00129177-F-0027891968-20081118

0006266321A 2

7580001656

Dirección: Call 2da 14-50 San gregorio.
Telef: 3202736741 - 3212950917
Correo: Tatarusa@hotmail.com

**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	23 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	23 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	JOSE ALEXIS GARCIA RAMIREZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	1.092.340.460 de Villa del Rosario
Edad	36 años
Género	Masculino
Dirección	Calle 2N #14-50 Barrio San Gregorio
Teléfono fijo	3202736741
No. de Celular (2 números si es posible)	3212950917
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	tatarusa@hotmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (X) No Aplica: ()
Nombre Completo del Representante	CARMEN ELODIA RAMIREZ JAIMES
Parentesco de la PcD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	27.891.968 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3212950917

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)	890727
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G800 – G403
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	Eleane 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	