



**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 CARLOS VILLAMIZAR RODRIGUEZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. _____ T.I. _____ C.C. <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Otro. _____
Número de Documento de Identidad	5.418.776
Edad	41 Años
Genero	Masculino
Dirección	Barrio calle real
Teléfono fijo	3118682338
No. de Celular (2 números si es posible)	3118682338
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: _____ No Aplica: <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre Completo del Representante	N/A
Parentesco de la PCD	N/A
Tipo de Documento Identidad	N/A
Número de Documento de Identidad	N/A
Teléfono fijo y/o No. de celular	N/A

**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)	875082
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	M215 – Mano o pie en garra o en talipes pie equinovaro o zambo adquiridos
Fuente de Recursos de la autorización	<p style="text-align: right;">Recursos Ministerio de Salud Res No. 619 de 2024</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios</p> <p><input type="checkbox"/> Empresa Privada</p> <p><input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional</p> <p><input type="checkbox"/> Sistema General de Regalías</p>
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.	<p>Si _____ No Aplica _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>No. de Teléfono: _____</p> <p>Nombre de la Empresa: _____</p>



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 21 A # 0B-75 El Rosal por Barrio Blanco**  
Teléfono: **316 2521846 Para Citas**  
Email: **tservicioclienteipsprogresando@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:  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: \_\_\_\_\_

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

Nombre del funcionario que emite la autorización

Angelica María Gauta Ferrer

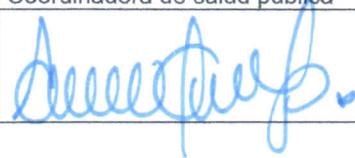
Cedula del funcionario

1004926619

Cargo del funcionario que emite la autorización

Coordinadora de salud publica

Firma del funcionario que emite la autorización



## E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA



## CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 21/06/2024 08:32

INGRESO : 111818

VILLAMIZAR RODRIGUEZ JUAN CARLOS  
CC - 5418776

Edad : 41A 6M 5D

Nacimiento : 16/12/1982

Dirección : BARRIO CALLE REAL

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

Sexo : Masculino

Teléfono : 3118682338

CAUSA EXTERNA: 13 - 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

Autorización: 875082.

MOTIVO CONSULTA: "TENGO EL PIE MAL".

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS ACUDE A CONSULTA POR DEFORMIDAD EN PIE IZQUIERDO CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA Y LA BIPEDESTACION ASOCIADO A DOLOR Y DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, POR LO QUE ACUDE A CONSULTA.

## ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: .

QUIRÚRGICOS: NIEGA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: NIEGA

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

PATOLÓGICOS: NIEGA

TOXICOLÓGICOS: NIEGA

FARMACOLÓGICOS: NIEGA

## REVISIÓN POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

## SIGNOS VITALES

Peso : 61 kg

Temperatura : 36 °C

Presión Arterial Sistólica: 136 mmHg

Talla : 160 cm

Frecuencia Respiratoria : 16 R x Min

Presión Arterial Diastólica : 85 mmHg

I.M.C. : 23.83 kg/m<sup>2</sup>

Frecuencia Cardiaca : 62 L x Min

## EXÁMEN FÍSICO :

Craneo (Normal). NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.

Tórax (Normal). SIMETRICO NORMO EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO

Abdomen (Normal). BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO.

Osteoarticular (Normal). PIE IZQUIERDO EN ROTACION INTERNA

OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). GENITOURINARIO (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). MÚSCULO - ESQUELETICO (Normal). NEUROLÓGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

## ANALISIS :

PACIENTE MACULINO CON CUADRO CLINICO DESCRITO, SE CONSIDERA PACIENTE CURSA CON PIE EQUINOVARO CONGENITO SIN MANEJO, LO QUE IMPIDE MARCHA DE MANERA ADECUADA. SE EXPLICA PATOLOGIA AL APLENTE QUIEN REIFERE ENTEDNER SE DAN INIDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA CONDUCTA. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTE.

## DIAGNÓSTICO :

M215 - MANO O PIE EN GARRA O EN TALIPES PIE EQUINOVARO O ZAMBO ADQUIRIDOS - (Impresión Diagnóstica)

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 21/06/2024 08:32

INGRESO : 111818

VILLAMIL RODRIGUEZ JUAN CARLOS

CC - 5418776

Sexo : Masculino

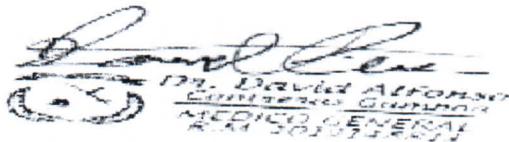
Teléfono : 3118682338

Edad : 41A 6M 5D

Nacimiento : 16/12/1982

Dirección : BARRIO CALLE REAL

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

  
DAVID ALFONSO CONTRERAS GAMBOA  
MEDICINA GENERAL

CONTRERAS GAMBOA DAVID ALFONSO

C.C. 1019148813

MEDICINA GENERAL

