

**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	<b>GLADYS MARIA ARIAS CONTRERAS</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( <input type="checkbox"/> )    T.I. ( <input type="checkbox"/> )    C.C. ( <input checked="" type="checkbox"/> X )    Otro ( <input type="checkbox"/> )
Número de Documento de Identidad	60.303.719 de Cúcuta
Edad	60 años
Género	Femenino
Dirección	Avenida 1 #10-29 Urbanización Lomitas del Trapiche
Teléfono fijo	3134773480
No. de Celular (2 números si es posible)	3107872034
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Marleneariascontreras12@gmail.com">Marleneariascontreras12@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"/> X )    No Aplica: ( <input type="checkbox"/> )
Nombre Completo del Representante	MARLENE ARIAS CONTRERAS
Parentesco de la PCD	Hermana
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.294.475 de Cúcuta
Teléfono fijo y/o No. de celular	3107872034

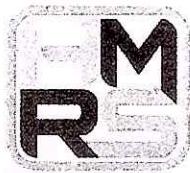
**INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN**

Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	<b>1077540</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F310
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	<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: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
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	



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1964  
CUCUTA  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.60** A+ F  
ESTATURA G.S. RH SEXO  
01-DIC-1982 CUCUTA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Julián José, J. M. S.*  
REGISTRAZIONE NACIONAL  
CARLOS SOLO SÁNCHEZ TORRES  
Cédula de Ciudadanía  
4-2571100-0047773-F-0000001116-2000012-A 0008856018A.1 6060000354



Rudesindo Soto

# ESE HOSPITAL MENTAL RUDE SINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Teléfonos : TEL 5823992 EXT. 132



Nro. ATENCIÓN 00515353

REGISTRO MÉDICO 4126-10

FECHA 29/07/2024

Página 1

## CONSULTA DE URGENCIAS

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo	Est. civil
60303719	GLADYS MARIA ARIAS CONTRERAS	CC60303719	60 A	F	Separado
Escolaridad	Niv. educ.	Residencia	Empresa		
Secundaria	6º Año		COOSALUD EPS-S SA		
Dirección del Paciente VILLA DEL ROSARIO,, AV 1 # 10 29 B - LOMITAS DE TRAPICHES					

### HISTORIA CLINICA PSQUIÁTRICA

#### MOTIVO DE LA CONSULTA

#### ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

FAMILIAR REFIERE: "ESTA MUY INQUIETA"

:

#### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE SU HERMANA (MARLENE ARIAS), CUADRO CLINICO POR 20 DIAS DE EVOLUCION CON IDEAS INCOHERENTES, TAQUIPLALIA Y LOGORREA HIPERBULIA, HIPERPROSEXIA, LABILIDAD EMOCIONAL CON LLANTO FACIL CONCOMITANTE A INSOMINO, FAMILIAR REFIERE QUE NO ESTA TOMANDO LA LEVOPROMAZINA. A LA VALORACION PACIENTE HIPERTENSA, UBICADA AUTO Y ALOPSIQUICAMENTE, COLABORADORA, EULALICA TANGECIAL, IDEAS DELIRANTES SOMATICAS, CON AFECTO LABIL.

:

ASISTE CON LA HERMANA QUIEN REFIERE QUE LA CUIDADORA ES OTRA HERMANA CON PATOLOGIA PSIQUIATRIACA

:

#### DESARROLLO PSICOEVOLUTIVO:

Ninguna Alteración.

:

#### ESTRESORES PSICOSOCIALES:

Dificultades con familiares, .

:

#### ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Medicamentos:

:

QUETIAPINA 200MG 1 TAB DIA, ACIDO VALPROICO 1 TAB 250MG DIA, LEVOMEPPROMAZINA

:

Alérgicos:

:

OLANZAPINA

:

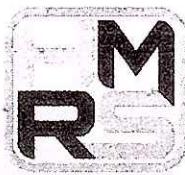
:

:

Médico que Realiza la Consulta  
JORGE RAMIREZ VASQUEZ C.C.72273899

Firma y Sello del Médico :

Jorge Ramirez V.  
PSQUIATRA



Rudesindo Soto

# ESE HOSPITAL MENTAL RUDESENDINO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

**S2**  
Sistemas Ote2000

Nro. ATENCIÓN 00515353

REGISTRO MÉDICO 4126-10

FECHA 29/07/2024

Página 2

## CONSULTA DE URGENCIAS

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo	Est. civil	Página
60303719	GLADYS MARIA ARIAS CONTRERAS	CC60303719	60 A	F	Separado	2
Escolaridad	Niv. educ. Residencia	Empresa			Fecha Ate.	Hora
Secundaria	6º Año	COOSALUD EPS-S SA			29/07/2024	10:31

Dirección del Paciente VILLA DEL ROSARIO,,AV 1 # 10 29 B - LOMITAS DE TRAPICHES

## HISTORIA CLINICA PSIQUIÁTRICA

### ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

### ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Familiar:

MADRE CA DE MAMA

### HISTORIA FAMILIAR

Familiar: Hermano(a)

Tipo de Relación:Excelente, Diagnóstico Psiquiátrico:, Intento de suicidio?:NO, Consumo alcohol?:NO, Consumo drogas ilegales?:NO, Edad:60, Vive?:SI, Personalidad:TOLERANTE SOCIABLE.

Familiar: Otro(a)

Tipo de Relación:Difícil, Diagnóstico Psiquiátrico:, Intento de suicidio?:NO, Consumo alcohol?:NO, Consumo drogas ilegales?:NO, Edad:61, Vive?:SI, Personalidad:TEMPERAMENTO FUERTE.

### INGESTA DE ALCOHOL

¿Consumo Alcohol?:NO,

### METAS O AMBICIONES

¿Dejó el estudio o el trabajo?:NO,  
¿Tiene metas o ambiciones?:NO, .

### DIFÍCULTADES CON EL SUEÑO:

Hora de Acostarse: Hora de levantarse:

¿FUMA?:NO,  
¿CONSUME CAFE?:NO, ¿Cuantas tazas de té consume al día?: 0, ¿Cuantos litros de gaseosas consume al día?: 0.

### REVISIÓN POR SISTEMA

Nervioso: INBSOMNIO.

Endocrino, metabólico y nutricional: NO  
REFIERE.

Respiratorio: NO REFIERE.

Cardiovascular: NO REFIERE.

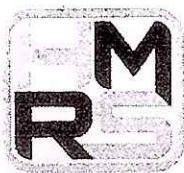
Genitourinario : NO REFIERE.

Médico que Realiza la Consulta

JORGE RAMIREZ VASQUEZ C.C.72273899

Firma y Sello del Médico :

**Jorge Ramírez V.**  
**PSQUIATRA**



# ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Teléfonos : TEL 5823992 EXT. 132



Rudesindo Soto

## CONSULTA DE URGENCIAS

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro.Historia	Nombre Paciente	Nro.Identific.	Edad	Sexo	Est. civil
60303719	GLADYS MARIA ARIAS CONTRERAS	CC60303719	60 A	F	Separado
Escolaridad	Niv. educ. Residencia			Fecha Ate.	Hora
Secundaria	6º Año	COOSALUD EPS-S SA			
Dirección del Paciente	VILLA DEL ROSARIO,, AV 1 # 10 29 B - LOMITAS DE TRAPICHES		29/07/2024		10:31

Página 3

## HISTORIA CLINICA PSIQUIÁTRICA

### REVISIÓN POR SISTEMA

Musculoesquelético : NO REFIERE.  
Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.  
Hemolinfático: NO REFIERE.  
Otros : NO REFIERE

### EXAMEN FÍSICO

Fecha y Hora:29/07/2024 (09:39), Talla:165.00,  
Peso: 76.00 Ind.Masa:27.9200.  
T.A.:157/98, F.C.:90, TEMP.:36.0, F.R.:18.

Piel y Mucosas: NO LESIONES, NO PETEQUIAS

### EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

*Estado de conciencia:*

ALERTA

*Nivel de orientación:*

ORIENTADO EN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO

*Actitud:*

COLABORACIÓN E INTERES

*Afecto:*

HIPOMANIACA

*Pensamiento:*

TAQUIPSIQUICA PERSEVERANTE

*Sensopercepción:*

SIN ALTERACIONES

*Juicio de realidad:*

INTERFERIDO

*Introspección:*

AUSENTE

*Funciones mentales superiores (cognitivas):*

SIN ALTERACIÓN

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

F310 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO HIPOMANIACO PRESENTE

### PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :29/07/2024 Medico :JORGE RAMIREZ VASQUEZ Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad :1

Médico que Realiza la Consulta

JORGE RAMIREZ VASQUEZ C.C.72273899

Firma y Sello del Médico :



Jorge Ramirez V.  
PSIQUIATRA  
ASOCIACION MEDICO COLOMBIANA



# ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Teléfonos : TEL 5823992 EXT. 132

**S2**  
Sistemas Ote2000

Rudesindo Soto

## CONSULTA DE URGENCIAS

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo	Est. civil
60303719	GLADYS MARIA ARIAS CONTRERAS	CC60303719	60 A	F	Separado
Escolaridad	Niv. educ.	Residencia	Fecha Ate.	Hora	
Secundaria	6º Año	COOSALUD EPS-S SA	29/07/2024	10:31	

Dirección del Paciente VILLA DEL ROSARIO,, AV 1 # 10 29 B - LOMITAS DE TRAPICHES

Página 4

## HISTORIA CLINICA PSQUIÁTRICA

### PRUEBAS ORDENADAS

Observaciones:

### CONDUCTA:

CONTROL PSIQUETRIA EN 1 MES

MEDICO QUE ORDENO LA SALIDA

### TRATAMIENTO

Formulación :

MEDICO TRATANTE

Fecha :29/07/2024 Medico :JORGE RAMIREZ

JORGE RAMIREZ VASQUEZ

VASQUEZ Medicamento :CARBAMAZEPINA 200 MG

Cantidad :90 Dosificacion :1 CADA 8 HORAS

Fecha :29/07/2024 Medico :JORGE RAMIREZ

VASQUEZ Medicamento :LEVOMEPPROMAZINA 4MG/ML

SOLUCION ORAL Cantidad :1 Dosificacion :10

GOTAS EN LA NOCHE

Fecha :29/07/2024 Medico :JORGE RAMIREZ

VASQUEZ Medicamento :QUETIAPINA 100MG TABLETA

Cantidad :90 Dosificacion :1 EN LA MAÑANA Y

DOS EN LA NOCHE

Observaciones :

FORMULA MEDICA X 1 MES

### DIAGNOSTICOS DE EGRESO

F310 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO

HIPOMANIA CO PRESENTE

### MOTIVO DE SALIDA

Ambulatorio

### CONDUCTA:

SE REALIZA PSICOEDUCACION EN COMPAÑIA D ELA  
HERMANA

PACIENTE QUIEN PRESENTA CRISIS HIPEERTENSIVA

SE ENVIA A SU EPSM PARA EL MANEJO POR

URGENCIAS

SE ORDENA TRATAMIENTO EN CASA Y CONTROLES

AMBULATORIOS

QUETIAPINA 100 MG TOMAR 1 EN LA MAÑANA Y DOS  
EN LA NOCHE

CARBAMAZEPINA 200 MG 1 CADA 8 HORAS

LEVOEMPPROMAZINA 10 GOTAS EN LA NOCHE

Médico que Realiza la Consulta

JORGE RAMIREZ VASQUEZ C.C.72273899

Firma y Sello del Médico :

  
**Jorge Ramirez V.**  
PSIQUETRIA  
C.C. 72273899 - DM 412-10



## 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	60303719
NOMBRES	GLADYS MARIA
APELLIDOS	ARIAS CONTRERAS
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	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de: 08/02/2024 | Estación:  
 Impresión: 11:52:11 | de 2801:12:c800:2070::1  
 origen:

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de

**Fecha de consulta:****02/08/2024****Ficha:****54874351561200026902**

64

**Vulnerable****DATOS PERSONALES****Nombres:** GLADYS MARIA**Apellidos:** ARIAS CONTRERAS**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 60303719**Municipio:** Villa del Rosario**Departamento:** Norte de Santander**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:****11/03/2022****Última actualización ciudadano:****11/03/2022****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:****Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro****Teléfono:****5701220 - 5700873 - 5700317****Correo Electrónico:****sisben@villarosario.gov.co**



## iEVita dolores de cabeza!

Algunos factores y factores que influyen en la evita:  
- Ofrecer servicios estrictamente de acuerdo  
- Puedes pagar con la factura de tu linea  
- Comunicate a las líneas de soporte  
- 310 247 4038 607 554715  
[www.censcentralelectrica.com](http://www.censcentralelectrica.com)



Señor usuario:

LUCIA  
323 231 5115  
CENS



CENS  
CENS  
CENS

CENS

IN Información

Nombre: Alvaro Ivan Chacon Santander

Dirección: Ave 1 10-29  
Barrio: Urb Lomitas Del Trapiche  
Clase de Servicio: Residencial  
Ruta: 105 01512920351

Ciudad: Villa Del Rosario  
Estrato 4  
Tarifa: Generica

Tu número de cliente: 205127

Documento equivalente a factura N° - 1075434408

Fecha de emisión: Julio 11/2024

Tu último pago fué:  
26/JUN/2024

Pavasite:  
\$224,380



Felicidades estas al dia en tu pago!  
Escanea y paga!

Solo debes escanear este QR



Periodo facturado 09/JUN/2024 a 08/JUL/2024

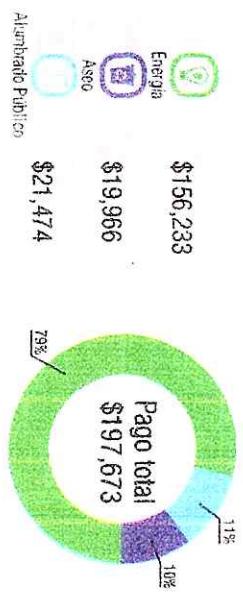
Pago oportuno hasta:  
26/JUL/2024

Pago con recargo hasta:  
05/AGO/2024

Días  
Facilurados

30

Servicios Facturados



LÍNEA ETICA DE CENS: Denuncia conductas ilegales o arriesgadas. Email: [complainttransparencia@cpnn.com.co](mailto:complainttransparencia@cpnn.com.co)  
Línea Etica Comisión Transparente: 01-8000 522 955 Línea Etica Nacional. CPNN veza por la reserva de la información del denunciante.

## Medios de pago

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

## Puntos de pago

Aveasas Cisneros 75 BBVA - Coopercers - Cogusunrás - Almacenes Envío - Minibar Colombia - Davivienda - Electro-Plata - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolar - Salvo - Banco Agrario - Caeros y Datafonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)

Contactanos a través de la línea de atención 01 8000 41411

Reporte de datos en Norte de Santander al 115 - #515 sur de Cesar y de Bolívar

Siguenos en nuestras redes sociales

Descarga la app CENS [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

Nº 60.294.475  
ARIAS CONTRERAS

APPELLIDO:

MARLENE

NOMBRE:

*Marlene Arias Contreras*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1963

CUCUTA  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA A+ G.S. RH F SEXO

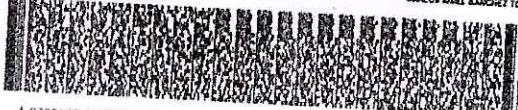
11-MAY-1981 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ANGEL SANCHEZ TORRES



A-2500100-00434214-F-0060294475-20130507

0032905306A 1 7612258021