

**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	30 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	30 de Julio de 2024

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

Nombre Completo	<b>JHOLIANIS ALEXANDRA DELGADO MEDINA</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( <input type="checkbox"/> ) T.I. ( <input type="checkbox"/> ) C.C. ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Otro ( <input type="checkbox"/> )
Número de Documento de Identidad	1.092.386.907 de Villa del Rosario
Edad	25 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 5 #0-41 Barrio Fátima
Teléfono fijo	3123439115
No. de Celular (2 números si es posible)	3136217733
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:alexandradelgadomedina@gmail.com">alexandradelgadomedina@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: ( <input type="checkbox"/> )
Nombre Completo del Representante	MARIA ISABEL RODRIGUEZ
Parentesco de la PCD	Tía
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	27.898.859 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3136217733

**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>1275384</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H540 – H351 – H001 – H55X
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	

CC 1092386907 JHOLIANIS ALEXANDRA DELGADO MEDINA

## 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: H540 - H351 - H001- H55X



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1275384



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1998

VILLA ROSARIO  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F  
ESTATURA G.S. RH SEXO  
08-SEP-2016 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACA



P-2510000-00855178-F-1092386907-20161013

0051810408A 2 46681451



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:
Belgado	medina	Jhonianis Alexandra	cc 1092386905
Edad : 25	Estado Civil: Soltera	Escolaridad: Bachiller	Género: F X M
Dirección: Cra 5 N°0-41 B. Línea	V/ Rio	Teléfono: 312/3439115	

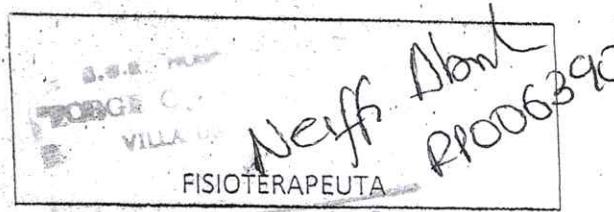
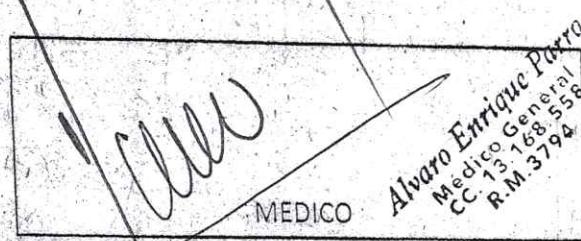
FECHA: AÑO: 2024 MES: 02 DIA: 07

DIAGNÓSTICO: Ceguera Ambos Ojos (+540) Retinopatia (+351)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Calado (+001) Nistagmo (+55X)

Paciente quien nació con prematuridad lo que le generó trastorno Visual Severo permanente diagnosticado como Retinopatia de la prematuridad causando Ceguera en Ambos Ojos - Nistagmos y movimientos Oculares Inequilares, Aumento del Volumen en el Parpado Superior e Inferior ojo derecho. Presenta Alteración de la Gaita y el Seguimiento Visual, Prueba Romberg (+), Marcha con apoyo de bastón, Alteración de la estabilidad y el Equilibrio. Semidependiente Actividades Básicas Ordinarias Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD VISUAL SEVERO





# HISTORIA CLINICA

NOMBRE: JHOLIANIS ALEXANDRA DELGADO MEDINA	IDENTIFICACION: CC 1092386907	HC: 1092386907 - CC	EDAD: 25 Años	SEXO: F		
FECHA DE NACIMIENTO: 5/9/1998	RESIDENCIA: CARRERA 5 # 0 - 41 FATIMA	TELEFONO: 3123439115	NORTE DE SANTANDER-CUCUTA			
ZONA RESIDENCIAL: Urbana	ESTADO CIVIL: SOLTERO	OCCUPACION:				
DIR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:				
FECHA INGRESO: 5/2/2024 - 14:45:38	FECHA EGRESO: 5/2/2024 - 15:47:02	CAMA:				
DEPARTAMENTO: 08 - CONSULTAS SEDE DOS	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:					
CLIENTE: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	PLAN: NUEVA E.P.S PGP REGIMEN SUBSIDIADO	TIPO AFILIADO: Beneficiario				
IPS: SEDE DOS	DIRECCION: Avenida 1 # 18-74 San Rafael, Frente al parque de los niños	TELEFONO IPS: 607-5960150				

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2024-02-05	<p><b>15:37 MARDY.OCHOA - MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES</b></p> <p><b>MOTIVO DE CONSULTA :</b> PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE MANIFESTANDO MOLESTIA OCULAR POR AUMENTO DE VOLUMEN EN PARPADO SUPERIOR E INFERIOR OJO DERECHO, ACUDE A CONTROL OFTALMOLOGICO</p> <p><b>DIAGNOSTICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD</li> <li>. CALACIO [CHALAZION]</li> <li>. NISTAGMO Y OTROS MOVIMIENTOS OCULARES IRREGULARES</li> <li>. EXAMEN DE OJOS Y LA VISION</li> <li>. CEGUERA AMBOS OJOS</li> </ul> <p>SE EXPLICAN HALLAZGOS: EN VISTA DE ANTECEDENTE DE RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD SE INDICA TRATAMIENTO LUBRICANTE MAS ANTIALERGICO. CONTROL EN SEIS MESES POR OFTALMOLOGIA.</p> <p><b>PLAN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. CONTROL EN 6 MESES POR OFTALMOLOGIA</li> <li>. TRATAMIENTO LUBRICANTE MAS ANTIALERGICO</li> </ul>

APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS					
TIPO	CARGO	DESCRIPCION			FECHA/HORA
CONSULTA MEDICIONES ANATOMICAS FISIOLOGICAS EXAMENES MANUALES Y ANATOMOPATOLOGICOS	890376	POS	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
	Observacion	CONTROL EN SEIS MESES POR OFTALMOLOGIA			5/2/2024 - 15:37:44
	Profesionales	<b>Profesional:</b> MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES <b>CC:</b> 1092965692 <b>Especialidad:</b> OFTALMOLOGIA			
	Orden Profesional	MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES			
	Diagnosticos Presuntivos				

## VALORACIÓN OFTALMOLOGÍA

BIOMICROSCOPIA

SEGMENTO ANTERIOR

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Conjuntiva Hiperemica cornea transparente Cámara anterior formada iris Marrón pupila redonda reactiva a la luz cristalino opaco VAN HERICK GRADO 2	Conjuntiva Hiperemica cornea transparente Cámara anterior formada iris Marrón pupila redonda reactiva a la luz cristalino opaco VAN HERICK GRADO 2
PRESION INTRAOCULAR	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
NORMOTONICO A LA DIGITOPRESION	NORMOTONICO A LA DIGITOPRESION
FONDO DE OJO	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
NO VALORABLE POR OPACIDAD DE CRISTALINO	NO VALORABLE POR OPACIDAD DE CRISTALINO

RECOMENDACIONES	
<b>EVOLUCIÓN:</b> 318671	
<b>FECHA:</b> 05/02/2024	
<b>TIPO DE ATENCIÓN:</b>	
<b>RECOMENDACIONES</b>	
<b>RECOMENDACIONES ADICIONALES: TRATAMIENTO</b>	
TOBRAMICINA+DEXA UNGÜENTO APlicar el unguento en el borde del parpado donde nace la pestaña 7AM/9PM AMBOS OJOS POR 15 DIAS SPRAYER APlicar calor local con antifaz de gel por 3 minutos, luego lavar borde de parpado con espuma mañana y noche por 3 MESES HALURONATO+CONDROITIN APlicar 1 gota cada 6 horas AMBOS OJOS SE FORMULA PARA 6 MESES	

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS					
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
H001	CALACIO [CHALAZION]			MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES	2024-02-05
H351	RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD		AMBOS OJOS	MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES	2024-02-05
H540	CEGUERA DE AMBOS OJOS			MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES	2024-02-05
H55X	NISTAGMO Y OTROS MOVIMIENTOS OCULARES IRREGULARES			MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES	2024-02-05
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION			MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES	2024-02-05

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general
-----------------------	--------------------

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS		
<b>ALCAFTADINA 0,25% x 3 ml SOLUCION - LAB. :ND - FOFOFO0020 (NO CLASIFICADO)</b>		
VIA DE ADMINISTRACIÓN:	OFTALMICA	FORMULÓ: MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES
DOSIS	1 GOTAS (S) Cada 12 Hora(s)	MEDICAMENTO POS
CANTIDAD	3 SOLUCION	
DIAS TRATAMIENTO	90 DIA(S)	

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:		
APLICAR 1 GOTAS AMBOS OJOS CADA 12 HORAS POR UN MES LUEGO SI HAY PRURITO		

<b>HIALURONATODSODIO0,1%-SULFATOCONDROITINO,18% 15ml SOLUCION - LAB. :ND - FOFOFO0104 (NO CLASIFICADO)</b>		
VIA DE ADMINISTRACIÓN:	OFTALMICA	FORMULÓ: MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES
DOSIS	1 GOTAS (S) Cada 8 Hora(s)	MEDICAMENTO POS
CANTIDAD	6 SOLUCION	
DIAS TRATAMIENTO	180 DIA(S)	

**OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:**

APLICAR 1 GOTAS AMBOS OJOS CADA 8 HORAS 7AM/1PM/9PM

**TOBRAMICINA 0,3% + DEXAMETASONA 0,1% x 3,5 g CREMA - LAB. :ND - FOFOFO0173 (NO CLASIFICADO)**

VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA

DOSIS 1 CREMA (S) Cada 12 Hora(s)

CANTIDAD 1 CREMA

DIAS TRATAMIENTO 15 DIA(S)

FORMULÓ: MARDY CONSOLACION OCHOA  
MORALES

MEDICAMENTO POS

**OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:**

TOBRAMICINA+DEXA UNGÜENTO APLICAR EL UNGUENTO EN EL BORDE DEL PARPADO DONDE NACE LA PESTAÑA 7AM/9PM AMBOS OJOS  
POR 15 DIAS

FINALIDAD DE LA ATENCION

No aplica

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

**BIOSEGURIDAD COVID-19** La atención brindada al usuario cumple con los lineamientos de bioseguridad dados por el Ministerio de Salud en cuanto al uso adecuado de elementos de protección personal, lavado de manos y medidas de higiene en general con el fin de evitar el contagio del nuevo Coronavirus COVID-19.

MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES



PROFESIONAL

CC - 1092965692

OFTALMOLOGIA

Imprimió: MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES - MARDY.OCHOA

Fecha Impresión : 2024/2/5 - 15:50:25



Grupo epm

## Tu Información

Nombre: María Isabel Rodríguez  
 Dirección: Cra 5 0-41  
 Barrio: Fatima  
 Clase de Servicio: Residencial  
 Ruta: 105 01512310685

Ciudad: Villa Del Rosario  
 Estrato 1  
 Tarifa: Generica

P.

Con este número puedes hacer trámites y pagos

D2.  
VA.

Reporta daños y emergencias marcando gratis

Número de cliente:

106473

018000 414 115 ó al 115

24  
: SI  
8bana / CUNA:  
TRINA:  
les  
84  
32  
39  
12  
79  
16  
71  
40  
94  
3512829-2/2  
34

L.S. Tel

1 la linea:

ES  
122

?22

Si aún no has realizado el cambio de cuenta provisional a definitiva, acércate a nuestras oficinas de atención y actualiza este trámite.

Verifica si tu cuenta es provisional aquí



## Servicios Facturados

\$59,614

\$17,534

\$14,222

## Por tus servicios pagas

\$91,370

Vigilado SuperServicios NUIR:284001-003

12829-1/2  
34

L.S. Tel

1 la linea:

ES  
122

?22



Si tu medidor de energía presenta fallas,  
 contacta la línea de atención nacional

01 8000 414115

Tu número de cliente: 106473

Documento equivalente a factura N° - 1072756788

Fecha de emisión: Marzo 13/2024

Tu último pago fué:

23/FEB/2024

Pagaste:

\$103,430



¡Felicitaciones estas al día en tu pago!

Escanea y paga!

Periodo facturado 09/FEB/2024 a 08/MAR/2024

## Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

27/MAR/2024

Pago con recargo hasta:

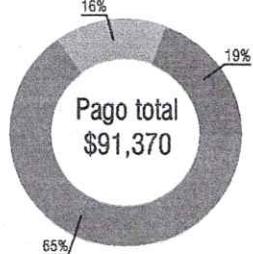
04/ABR/2024

Días Facturados

29

## Servicios Facturados

	Energía	\$59,614
	Aseo	\$17,534
	Alumbrado Público	\$14,222



Contáctanos 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

Fecha de consulta:

30/07/2024

Ficha:

54874003551500000052

A2

### Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

**Nombres:** JHOLIANIS ALEXANDRA

**Apellidos:** DELGADO MEDINA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1092386907

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 27/12/2021

**Última actualización ciudadano:** 27/12/2021

**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

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

### 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



## 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	1092386907
NOMBRES	JHOLIANIS ALEXANDRA
APELLIDOS	DELGADO MEDINA
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: 07/30/2024 08:35:32 | 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**,

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **27.898.859**

**RODRIGUEZ**

APELLIDOS

**MARIA ISABEL**

NOMBRES

*Maria Isabel Rodriguez*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1962**

**MALAGA**  
**(SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.58**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**13-DIC-1982 VILLA ROSARIO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2510000-00129289-F-0027898859-20081118

0006277304A 1

7590005389