

**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**

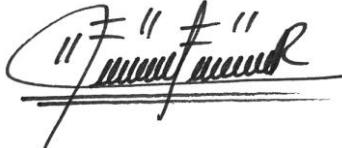
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	27 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	27 de Julio de 2024

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

Nombre Completo	<b>JOSE GREGORIO BRIONES PEREZ</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( ) T.I. ( ) C.C. ( X ) Otro ( )
Número de Documento de Identidad	1.127.066.088 de Consulado de San Antonio del Táchira
Edad	29 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 15 #4-11 Barrio Turbay Ayala
Teléfono fijo	3017492309
No. de Celular (2 números si es posible)	3213942719
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Jacquelinebuitrago048@gmail.com">Jacquelinebuitrago048@gmail.com</a>
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	FRANCISCO JAVIER BRIONES PEREZ
Parentesco de la PCD	Hermano
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.127.066.059 de Consulado San Antonio del Táchira
Teléfono fijo y/o No. de celular	3213942719

**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>909891</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	Q909
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 _____ No Aplica _____ <b>Nombre:</b> _____ <b>No. de Teléfono:</b> _____ <b>Nombre de la Empresa:</b> _____

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 1127066088 JOSE GREGORIO BRIONES PEREZ

## 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

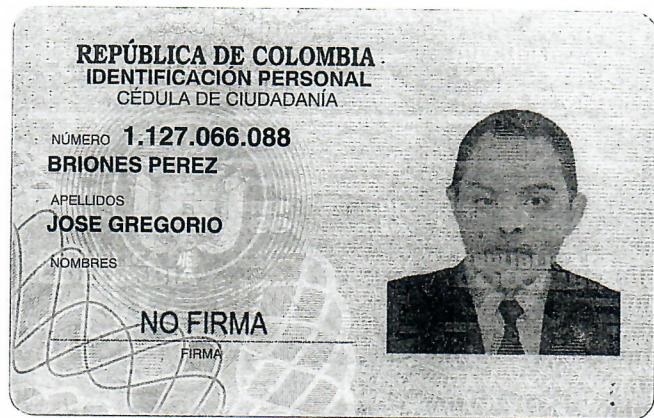
### Observaciones

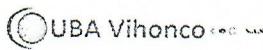
DIAGNOSTICOS: Q909



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 909891





## CLINICA UBA VIHONCO S.A.S.

- 900394575-8

## HISTORIA CLÍNICA

Identificación: CC 1127066088	Nombre: JOSE GREGORIO BRIONES PEREZ
Fecha nacimiento: 28/12/1994	Edad: 28 Ocupación:
Estado civil:	Sexo: M Dirección:
Régimen: SUBSIDIADO	Tipo de vinculación:
Acompañante:	Teléfono:
Responsable:	Teléfono:
Entidad: NUEVA EPS	Causa externa: Enfermedad general
Finalidad de la consulta: No aplica	

**Fecha de elaboración: 29/07/2023 12:20:00**

**ANAMNESIS**

MOTIVO DE CONSULTA:

CONSULTA DE PRIMERA VEZ

ENFERMEDAD ACTUAL:

SINDROME DE DOWN DEFICIT COGNITIVO SEVERO TRASTORNOS DE CONDUCTA IRRITABILIDAD MEJOR CON EL TTO MEDICO  
PLAN OLANZAPINA 10MG EN LA NOCHE TTO MEDICO POR 6 MESES CONTROL EN 6 MESES

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Cabeza cara y cuello

No

Cardiopulmonar

No

Abdomen

No

Extremidades

No

Sistema nervioso central

No

Sistema urinario

No

Otros

No aplica

Escala de dolor

2 - Dolor Molesto (3-4)

**ANTECEDENTES PERSONALES**

OTROS

trisomia 21

ALÉRGICOS

No

TRAUMÁTICOS

No

QUIRÚRGICOS

No

GINECO-OBSTÉTRICOS

No

TOXICOLÓGICOS

No

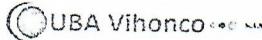
FARMACOLÓGICOS

risperidona

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

OTROS

No



## CLINICA UBA VIHONCO S.A.S.

- 900394575-8

## HISTORIA CLÍNICA

Identificación: CC 1127066088	Nombre: JOSE GREGORIO BRIONES PEREZ	
Fecha nacimiento: 28/12/1994	Edad: 28	Ocupación:
Estado civil:	Sexo: M	Dirección:
Régimen: SUBSIDIADO	Tipo de vinculación:	
Acompañante:	Teléfono:	Teléfono:
Responsable:	Teléfono:	Teléfono:
Entidad: NUEVA EPS	Causa externa: Enfermedad general	
Finalidad de la consulta: No aplica		

**EXAMEN FÍSICO**

Aspecto: Normal

ECOG: 1

TA: 1 mmhg - FC: 1 xmin - FR: 1 xmin - T: 1 °C - PESO: 1 kg - TALLA: 1 m - IMC: 1.00 - S.C: 0.20 - SaO2: 1

Cabeza cara cuello: Normal

G.U: Normal

Abdomen: Normal

Piel: Normal

Extremidades: Normal

Mental psicológico: Normal

Neurológico: Normal

Tórax: Normal

CONDUCTA: SINDROME DE DOWN DEFICIT COGNITIVO SEVERO TRASTORNOS DE CONDUCTA IRRITABILIDAD MEJOR CON EL TTO MEDICO PLAN OLANZAPINA 10MG EN LA NOCHE TTO MEDICO POR 6 MESES CONTROL EN 6 MESES

Análisis: SINDROME DE DOWN DEFICIT COGNITIVO SEVERO TRASTORNOS DE CONDUCTA IRRITABILIDAD MEJOR CON EL TTO MEDICO PLAN OLANZAPINA 10MG EN LA NOCHE TTO MEDICO POR 6 MESES CONTROL EN 6 MESES

DIAGNÓSTICOS:

Diagnóstico principal: Q909 - SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO - Tipo diagnóstico: - Observación:

---

ALBERTO OCHOA GOVIN  
Especialidad: NEUROLOGIA  
CC: 1090399430 RM: 1090399430



## CLINICA UBA VIHONCO S.A.S.

- 900394575-8

## HISTORIA CLÍNICA

Identificación: CC 1127066088

Nombre: JOSE GREGORIO BRIONES PEREZ

Fecha nacimiento: 28/12/1994

Edad: 28 Ocupación:

Estado civil:

Sexo: M Dirección:

Teléfono:

Régimen: SUBSIDIADO

Tipo de vinculación:

N. historia: 0000140025

Acompañante:

Teléfono:

Parentesco:

Responsable:

Teléfono:

Parentesco:

Entidad: NUEVA EPS

Finalidad de la consulta: No aplica

Causa externa: Enfermedad general

Fecha de elaboración: 29/07/2023 12:20:00

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA:

CONSULTA DE PRIMERA VEZ

ENFERMEDAD ACTUAL:

SINDROME DE DOWN DEFICIT COGNITIVO SEVERO TRASTORNOS DE CONDUCTA IRRITABILIDAD MEJOR CON EL TTO MEDICO  
PLAN OLANZAPINA 10MG EN LA NOCHE TTO MEDICO POR 6 MESES, CONTROL EN 6 MESESREVISIÓN POR SISTEMAS

Cabeza cara y cuello

No

Cardiopulmonar

No

Abdomen

No

Extremidades

No

Sistema nervioso central

No

Sistema urinario

No

Otros

No aplica

Escala de dolor

2 - Dolor Molesto (3-4)

ANTECEDENTES PERSONALES

OTROS

trisomia 21

ALÉRGICOS

No

TRAUMÁTICOS

No

QUIRÚRGICOS

No

GINECO-OBSTÉTRICOS

No

TOXICOLÓGICOS

No

FARMACOLÓGICOS

risperidona

ANTECEDENTES FAMILIARES

OTROS

No



## 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	1127066088
NOMBRES	JOSE GREGORIO
APELLIDOS	BRIONES PEREZ
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	12/10/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/27/2024 16:36:30 | 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:

27/07/2024

Ficha:

54874357557000000047

A2

### Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

**Nombres:** JOSE GREGORIO

**Apellidos:** BRIONES PEREZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1127066088

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:**

12/06/2024

**Última actualización ciudadano:**

12/06/2024

**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:**

Carrerera 7 No. 4-71 Barrio Centro

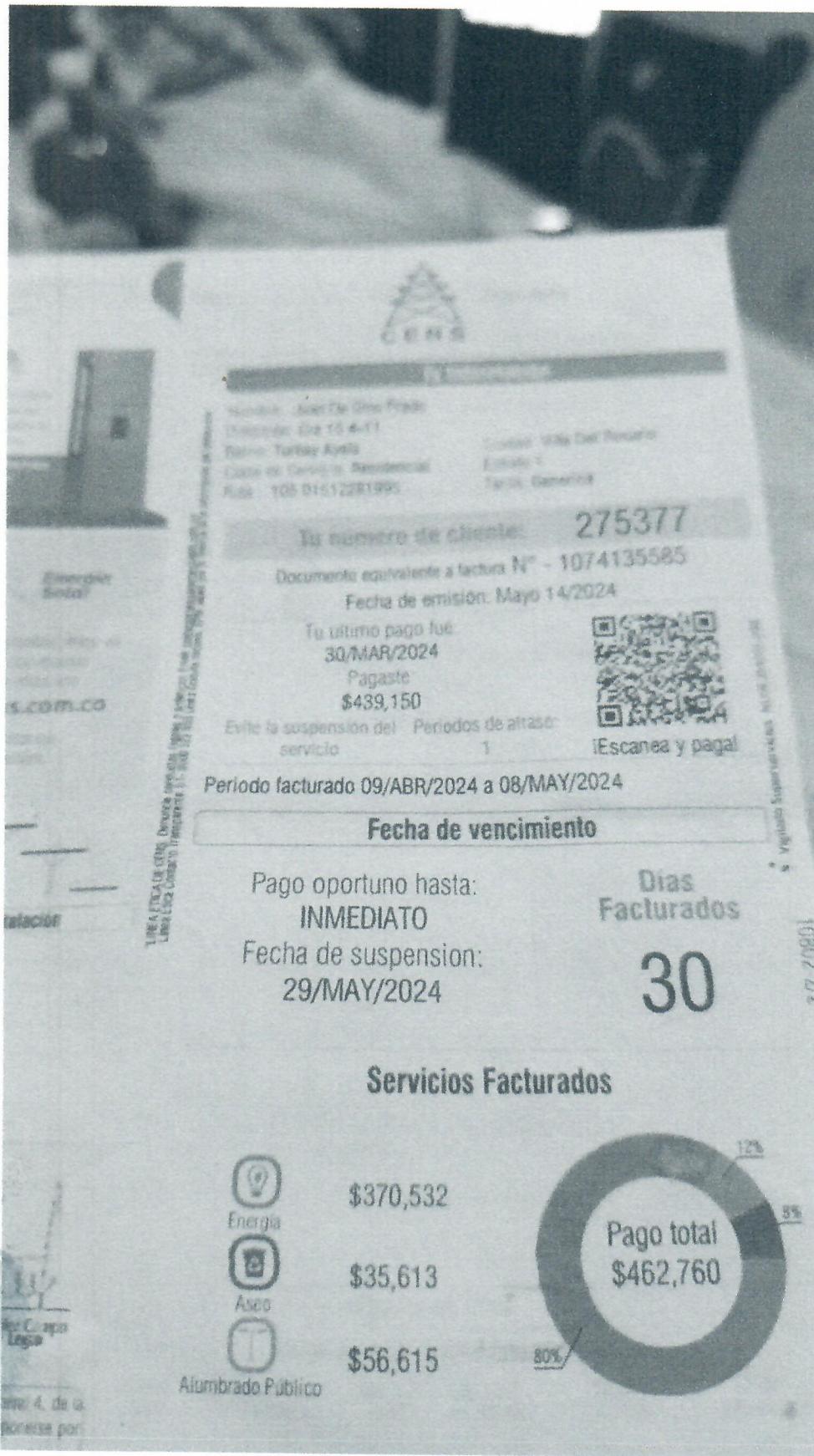
**Teléfono:**

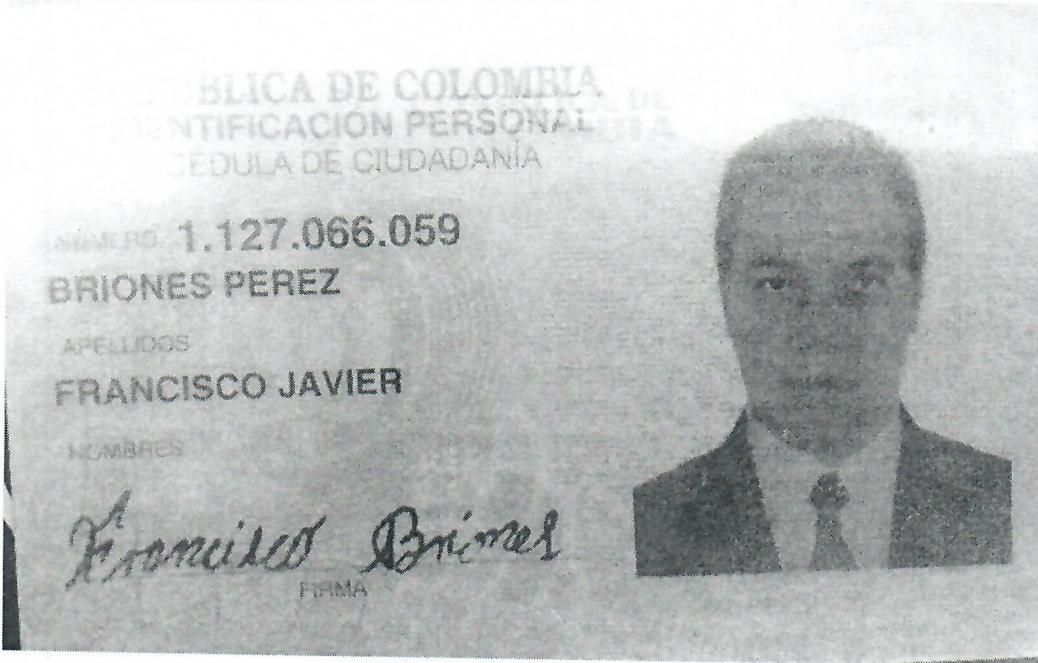
5701220 - 5700873 - 5700317

**Correo Electrónico:**

sisben@villarosario.gov.co

# Carrera 15-4-11 Turbaya ayala





FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1985

TACHIRA-SAN ANTONIO  
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

06-NOV-2018 CON SAN ANTONIO TACHIRA VEN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-8881505-01091934-M-1127066059-20190808 0067198821H 1 5021929934

