

## 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: F799



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1142081

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.085.156**

**VALDERRAMA MANRIQUE**

APELLIDOS

**EMILIANO**

NOMBRES

**NO FIRMA**

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-JUN-1959**

**COVARACHIA**  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.58**  
ESTATURA

**O-**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**02-NOV-1977 COVARACHIA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

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



A-2510000-00135573-M-0004085156-20081210

0007849120A 1

7580009488

A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

PARA: CERTIFICADO DISCAPACIDAD DE: FISIOTERAPIA - MÉDICO

B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1er. Apellido:	Valderrama	2do. Apellido:	Manrique	Nombres:	Emilioano
EDAD	Días	Meses	Años	56	SEXO F <input type="checkbox"/> M: <input checked="" type="checkbox"/>
Residencia actual del paciente (Dirección, Barrio, Municipio)				Teléfono: 320-8592731	
Ca 15 N°15-07 B. 1º Mayo Ur Rosario				No. H.C: CO 4085156	
Persona Responsable del paciente (nombre y relación del parentesco) Ana Silvia Valderrama (Hermana)					

C. SOLICITUD DE ATENCION

Fecha de Remisión Año: 2016 Mes: 03 Día: 31	Médico que remite Neidy Tibisay Abal	Servicio al cual se remite Discapacitados
Remitido por primera vez: SI. <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Dra. Carlos	Por la persona responsable P. SI. <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>

D. ORDENAMIENTO

- |   |  |
|---|--|
| 1. Resumen y anamnesis y examen físico                          | 5. Complicaciones  |
| 2. Fecha y resultado de exámenes de diagnóstico                 | 6. Tratamientos aplicados                                  |
| 3. Resumen de la evaluación                                     | 7. Motivo de Remisión                                      |
| 4. Diagnóstico<br>SÍQUELAS MENINGITIS - RETARDO MENTAL MODERADO | 8. Firma y código de la persona responsable<br>R.M. 4-1898 |

Paciente quien desde los 7 años de edad presentó cuadro febril incontrolado, se le diagnosticó Meningitis, como secuela presentó Retardo Mental Moderado, A la Evaluación no se ubica en tiempo y espacio, memoria alterada a corto y largo plazo, Disartria, trastorno de la conducta y el comportamiento, no presenta escolanidad, Conducta Agresiva, Dificultad para involucrarse con el medio externo.

Requiere Acompañamiento permanente.

Señidependiente Act. Aseo, Vestido, Alimentación y traslados.

Grado Discapacidad 80% moderado  
Mental

E.S.E. HOSPITAL LOCAL  
ESTACIÓN CLÍNICA SALITRIL  
VILLA DEL ROSARIO

D 2006390  
DIA  
SERVICIO DE TERAPIAS



HOSPITAL MENTAL  
Rudesindo Soto

**CONSULTA EXTERNA**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nro.Historia	Nombre Paciente	Nro.Identific.	Página		
4085156	EMILIANO VALDERRAMA MANRIQUE	CC4085156	2		
Dirección del Paciente	VILLA DEL ROSARIO,, CRR 15 15-07 PRIMERO DE MAYO	Edad	Sexo		
Empresa	COOSALUD EPS-S SA	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
		19/01/2024	09:47	19/01/2024	09:56

**RESUMEN DE LA ATENCIÓN**

**EXAMEN FÍSICO**

NORMAL, NO DÉFICIT APARENTE DE PARES CRANEALES  
Columna: NO PUNTOS DOLOROSOS, NO DEFORMACIONES  
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:**

AFFECTO MODULADO

**Pensamiento:**

SIN ALTERACIONES EN EL CURSO NI EN EL CONTENIDO

**Sensopercepción:**

ALUCINACIONES VISUALES

**Juicio de realidad:**

COMPREOMETIDO

**Introspección:**

SIN CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

**Funciones mentales superiores (cognitivas):**

DEFICIT COGNITIVO

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

F799 RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO:  
DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO  
ESPECIFICADO

**PRUEBAS ORDENADAS**

Fecha :19/01/2024 Medico :GLORIA INES BLANCO

Médico ordena la salida

GLORIA INES BLANCO C.C.32632311  
PSIQUIATRIA

**PRUEBAS ORDENADAS**

Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE  
SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Cantidad :1

Observaciones:

**TRATAMIENTO**

Formulación :

Fecha :19/01/2024 Medico :GLORIA INES BLANCO  
Medicamento :OLANZAPINA TABLETA 10 MG  
Cantidad :120 Dosificación :TOMAR 1 TAB  
EN LA NOCHE

Fecha :19/01/2024 Medico :GLORIA INES BLANCO  
Medicamento :ACIDO VALPROICO 250 MG CAPSULAS  
Cantidad :240 Dosificación :TOMAR 1 CAP  
CADA 12 HORAS

Fecha :19/01/2024 Medico :GLORIA INES BLANCO  
Medicamento :LEVOMEPRAMAZINA 4MG/ML SOLUCION  
ORAL Cantidad :2 Dosificación :TOMAR 5  
GOTAS NOCHE

Observaciones :

MEDICION 4 MESES

**MOTIVO DE SALIDA**

**CONDUCTA:**

PSICOEDUCACION CONTROL 3 MESES

**MEDICO TRATANTE**

GLORIA INES BLANCO



Rudesindo Soto

# ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Nro. ATENCIÓN	00491409
REGISTRO MÉDICO	00283497
FECHA	19/01/2024

Página 1

## CONSULTA EXTERNA

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo	
4085156	EMILIANO VALDERRAMA MANRIQUE	CC4085156	64 A	M	
Dirección del Paciente	VILLA DEL ROSARIO, CRR 15 15-07 PRIMERO DE MAYO				
Empresa	COOSALUD EPS-S SA	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
		19/01/2024	09:47	19/01/2024	09:56

### RESUMEN DE LA ATENCIÓN

#### MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL

#### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO, INESTABLE, INSOMNIO, ALUCINACIONES VISUALES, HACE 1 MES SIN MEDICACION.

#### ESTRESORES PSICOSOCIALES RECIENTES:

Ninguno.

#### ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Varios:

adenoma de prostata en tratamiento en proceso de valoracion con urologia con laboratorios

:

hipoacusia

#### INGESTA DE ALCOHOL

¿Consumo Alcohol?: NO,

#### METAS O AMBICIONES

¿Dejó el estudio o el trabajo?: NO,

¿Tiene metas o ambiciones?: NO.,

#### DIFICULTADES CON EL SUEÑO:

Mal dormir, Hora de Acostarse: Hora de levantarse:

¿FUMA?: NO,

¿CONSUME CAFE?: NO, ¿Cuantas tazas de té consume al dia?: 0, ¿Cuantos litros de gaseosa consume al dia?: 0.

#### REVISIÓN POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.

Endocrino, metabólico y nutricional: NO  
REFIERE.

Respiratorio: NO REFIERE.

#### REVISIÓN POR SISTEMA

Cardiovascular: NO REFIERE.

Genitourinario: NO REFIERE.

Musculoesquelético: NO REFIERE.

Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.

Hemolinfático: NO REFIERE.

Otros: NO REFIERE

#### EXAMEN FÍSICO

Fecha y Hora: 19/01/2024 (09:48), Talla: 167.00,

Peso: 63.00 Ind.Masa: 22.5900.

T.A.: 124/68, F.C.: , TEMP.: 0.0, F.R.: .

#### Observaciones:

#### EXAMEN FÍSICO

Hallazgos :

Cabeza: NORMOCÉFALO, NO LESIONES EXTERNAS

Ojos: PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMALES

ORL: OTOSCOPÍA NORMAL, NARIZ NORMAL, MUCOSA ORAL NORMAL, FARINGE NORMAL

Cuello: MOVIL SIN ADENOPATÍAS, NO MASAS

Torax: NORMO EXPANSIBLE, NO DOLOR, NO DEFORMIDAD

Cardio-Pulmonar: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. PULMONES SIN AGREGADOS VENTILADOS

Abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, NO

VISCIEROMEGLÍAS, NO DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA

Pelvis: DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA NORMALIDAD

Extremidades: SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES

GU: PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA

Neurológicos: REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS NORMALES, FUERZA 5/5 BILATERAL, SENSIBILIDAD

Médico ordena la salida

GLORIA INES BLANCO C.C.32632311

PSIQUEUTRÍA

Firma v Sello del Médico:

Gloria Blanco de Castro  
C.C. 32.632.311 de Bogotá  
Medico Psiquiatra  
Res. 900 1234



## 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	4085156
NOMBRES	EMILIANO
APELLIDOS	VALDERRAMA MANRIQUE
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	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/03/2024 10:18:49 | 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**,

Registro válido

Fecha de consulta:

05/07/2024

Ficha:

54874353547700000063

A4

### Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

Nombres: EMILIANO

Apellidos: VALDERRAMA MANRIQUE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4085156

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/09/2023

Última actualización ciudadano: 19/09/2023

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:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37.506.812**

LIZARAZO VALDERRAMA

APELLIDOS

**REINNA YARLEY**

NOMBRES

*Reinna Yarley Lizarazo*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1984**  
**VILLA ROSARIO**  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.50**      **B+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

24-SEP-2002 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Centro de Documentación y Registro*  
ESTADADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2510000-00650678-F-0037506812-20141206

0041737392A 6      6973108690

Consejos para  
ahorrar energía

CENS

Chatea con Lucía, chat  
bot de CENS!

Atención al cliente  
69 322 23 5515  
Envíanos tu consulta  
y te daremos una respuesta  
rápida.

SOMOS

¡Feliz día Papá!

Con CreditosQUEDOS tienes un bono  
de \$3,500,000 para que  
celebres tu día.



¿Quieres ganar uno de estos  
electrodomésticos?  
Únete al concurso  
Usutario Piloso

¡Regístrate ahora!  
Escaneando este código

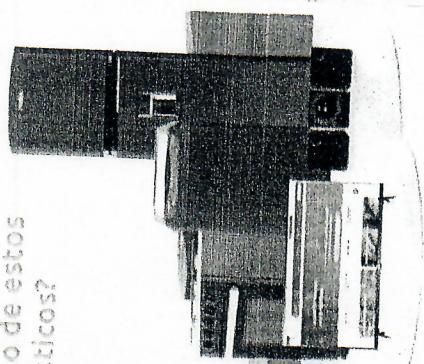


¡Feliz día Papá!

Con CreditosQUEDOS tienes un bono  
de \$3,500,000 para que  
celebres tu día.



CENS  
Plazo



Nombre: Margarita Valderama  
Dirección: Cra 15 15-03  
Barrio: Primero De Mayo  
Clase de Servicio: Residencial  
Ruta: 105 01512231290

Tu número de cliente: 110133

Documento equivalente a factura N° - 1074762793

Fecha de emisión: Junio 13/2024



Tu último pago fué:  
04/JUN/2024  
Pagaste:  
\$191,235

¡Felicitaciones estás al día en tu pago!

Periodo facturado 09/MAY/2024 a 07/JUN/2024

Fecha de vencimiento

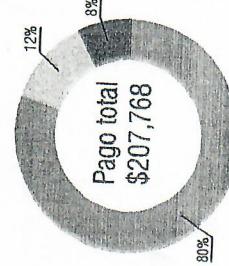
6439-2/2  
Vigilado Super servicios NUR-254001-003

Días  
Facturados

30

Pago oportuno hasta:  
26/JUN/2024  
Pago con recargo hasta:  
03/JUL/2024

Servicios Facturados



Servicio	Pago
Energia	\$166,150
Asob	\$16,450
Otro	\$25,168
Alumbrado Público	

El hurto reiterado de infraestructura eléctrica atenta contra la disponibilidad permanente del servicio y le pone dejas sin energía por un término indeterminado.

Si durante el servicio se le pone a punto su energía, se debe pagar el daño sufrido. Llame 110 2426-De la Empresa o envíenos un correo electrónico a: 110 2426-De la Empresa o envíenos un correo electrónico a: 110 2426-De la Empresa.

#### Compensación Calidad del Servicio

Período Actual

Mes 1

Mes 2

Mes 3

Mes 4

Mes 5

Mes 6

Mes 7

Mes 8

Mes 9

Mes 10

Mes 11

Mes 12

Mes 13

Mes 14

Mes 15

Mes 16

Mes 17

Mes 18

Mes 19

Mes 20

Mes 21

Mes 22

Mes 23

Mes 24

Mes 25

Mes 26

Mes 27

Mes 28

Mes 29

Mes 30

Escanea y paga!

6439-2/2  
Vigilado Super servicios NUR-254001-003

LÍNEA ELÉCTICA COMERCIAL TRANSFORMADORA LTDA - 8000 522 955 Línea gratuita para consultas. Email: Pecsa.Tecnologia@ecelc.com.co  
Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

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

Apostas Cúcuta 75 - BBVA - Coompecens - Cogasimales - Almacenes Éxito - Ilímite Bancolombia - Davivienda - Efecty - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Balo - Banco Agrario - Cañeros y Dárfonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)

Confórtanos 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](http://www.cens.com.co)



**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	25 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	25 de Julio de 2024

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

Nombre Completo	<b>EMILIANO VALDERRAMA MANRIQUE</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( )    T.I. ( )    C.C. ( <input checked="" type="checkbox"/> )    Otro ( )
Número de Documento de Identidad	4.085.156 de Covarachía
Edad	65 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 15 #15-03 Barrio Primero de Mayo
Teléfono fijo	3208592731
No. de Celular (2 números si es posible)	3208591513
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Anavalderama1952@gmail.com">Anavalderama1952@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: ( )
Nombre Completo del Representante	REINNA YARLEY LIZARAZO VALDERRAMA
Parentesco de la PCD	Sobrina
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	37.506.812 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3208591513

**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>1142081</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F799
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 _____ 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: _____

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

Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor 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	