

**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	09 de Octubre de 2024
Fecha de expedición de la autorización	09 de Octubre de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	ISABEL MORENO RIVERA
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	60.316.225 de Cúcuta
Edad	59 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 12b # 18n-29 barrio La Esperanza
Teléfono fijo	3107855919
No. de Celular (2 números si es posible)	
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	
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	
Parentesco de la PCD	
Tipo de Documento Identidad	
Número de Documento de Identidad	
Teléfono fijo y/o No. de celular	

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)	1196626
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G403
Fuente de Recursos de la autorización	<p>_____ Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios</p> <p>_____ Empresa Privada</p> <p>_____ Recursos de Cooperación Internacional</p> <p>_____ 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 la 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 11 # 8-15 Barrio La Palmita Teléfono: 3188631534 Para Citas Email: aux.gestion.ipspresando@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: <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: _____ Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
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	

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: G403

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1196626



FECHA DE NACIMIENTO **18-AGO-1965**
CC LAS MERCEDES
SARDINATA (NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 **A+** **F**
ESTURA O+ RH SEXO
27-NOV-1984 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Isabel Moreno Rivera*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 1500150 00197867 F 0060316225 20091118 0018005865A 1 5020127242

Jorge Cristo Schium
10 de Mayo

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Moreno	2do. Apellido Rivera	Nombres Isabel	DOCUMENTO: 60316225
Edad: 56	Estado Civil: Soltera	Escolaridad: —	Género: F X M
Dirección: Cra 12 N°8 - 18N-29 B. Esperanza U/Rio		Teléfono: 310/7855919	

FECHA: AÑO: **2022** MES: **03** DIA: **30**

301/4332404

DIAGNÓSTICO: **Epilepsia (E403)**

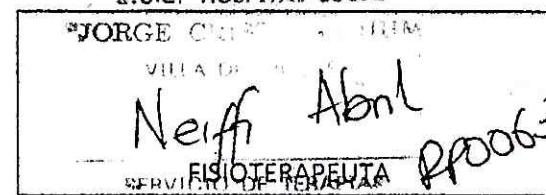
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente que en la adolescencia presentó cuadro convulsivo incontrolado, se le diagnosticó Epilepsia. Episodios tónico clónicos con alteración osteomuscular durante las caídas en los cuadros convulsivos. Presenta Retardo del Aprendizaje, trastorno de la conducta y el comportamiento, cumple órdenes sencillas no complejas.

Recibe tratamiento farmacológico permanente (Carbamacepina 200mg, semidependiente Actividades Básicas Cotidianas.

CARACTERIZACIÓN:

DISCAPACIDAD MENTAL MODERADA



Ya habla Venido

**HISTORIA CLINICA
RESUMEN DE EXAMEN FISICO**

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos :	ISABEL MORENO RIVERA	Tipo Documento :	CC
Identificación :	60316225	Fecha de Nacimiento :	18/08/1965
Sexo :	F	Edad :	55 Años
Dirección:	CRA 12 N° 18-29 B. LA ESPERANZA VILLA DEL ROSARIO		
Ocupación :	HOGAR		
Tipo de Usuario :	SUBSIDIADO	Estado Civil :	SOLTERO(A)
Contrato :	COMPARTA EPS-S	Tipo de Afiliación :	CABEZA FAMILIA
Entidad :	COMPARTA EPS-S	Nro Carnet :	60316225

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
01/12/2020	16:02	120/80	72	18	36.4	55	1.60

Servicio:

MOTIVO DE CONSULTA:
EPILEPSIA

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE QUE ES AMA DE CASA QUIEN SUFRE DE ATAQUES EPILEPTICOS DESDE LA NILEZ, SE LE PRESENTAN MAS O MENOS CADA MES, EN VIGILIA. SON TONICO CLONICOS. TOMA CARBAMACEPINA 200 MGRS CADA 9 HORAS

ANTECEDENTES
CONVULSIONES ALERGIAS: NO
VER EA.-

REVISIÓN POR SISTEMAS

EXÁMEN GENERAL:
ALERTA. LUCIDA, PARES CRANEANOS NORMALES. F DE O: NORMAL, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, REFLEJOS CT NORMALES,
COORDINACION NORMAL. MARCHA NORMAL.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:
G403 SINDROME EPILEPTICO GENERALIZADO
EPILEPSIA EUFRACTARIA

CIE10: G403- EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS

TRATAMIENTO:
TAC DE CRANEO SIMPLE
CTG DIGITAL
CARBAMACEPINA 200 MGRS 1 TABLETA A LAS 6 AM, 2 PM Y 9 PM.
LEVETIRACETAM 500 MGRS 1 COMPRIMIDO 8 AM Y 8 PM.

PROXIMA CONSULTA EN 2 MESES.

Atendido por:

JUAN JOSE VARGAS GELVIS

CC. 19070063

Reg Prof. 591

1 de 1

Dr. Juan José Vargas Gelvis
Medico Especialista
CC. 19.070.063 IR
CONFEUR



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	60316225
NOMBRES	ISABEL
APELLIDOS	MORENO RIVERA
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de 09/27/2024 | Estación
 Impresión: 09:43:25 | 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 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



Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:

27/09/2024

Ficha:

54874052554100000436

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ISABEL

Apellidos: MORENO RIVERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60316225

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

01/06/2023

Última actualización ciudadano:

01/06/2023

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:

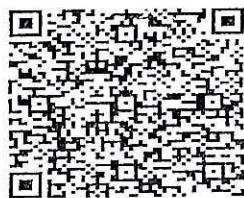
Carrer 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co


 Documento Equivalente de Servicios Públicos Domiciliarios Electrónico
 Aqualia Villa del Rosario, S.A E.S.P.
 NIT.901368043-5

No somos agentes retenedores

Municipio: VILLA DEL ROSARIO
 Nombre: Cordoba Vicente
 Dirección Cr 12b 18n-29
 Barrio: La Esperanza
 Uso/Estrato: 1 - Residencial Estrato 1
 Ciclo: 3
 Periodo: 27/07/2024 - 27/08/2024
 Dias: 31
 Ruta: 22000205 00 00 000
 Fecha y Hora: 11/09/2024 08:46:06

Matrícula: 3100014970
 Número Factura: 121931887
TOTAL A PAGAR: \$ 30,550.00
 Doc. Equivalente: 121931887
 Fecha Límite de Pago: 29 - SEP - 2024
 Fecha de Suspensión: 30 - SEP - 2024
 Facturas Vencidas: 0
 Fecha Factura: 11/09/2024 08:46:06
 Fecha Último Pago: 2024-08-23 - \$ 10,000

ACUEDUCTO

No del Medidor:	2-J21LA069630U	M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor
Lectura Actual:	308		Cargo Fijo	\$ 9,037.28	\$ 9,037.28	-\$ 1,807.46 \$ 7,229.82
Lectura Anterior:	303	15.0	Consumo básico	5 \$ 2,368.88	\$ 11,844.40	-\$ 2,368.88 \$ 9,475.52
Consumo:	5	12.5	Consumo Compl.	0 \$ 2,368.88	\$ 0.00	\$ 0.00
Real/Estimado:	R	10.0	Consumo Suntuario	0 \$ 2,368.88	\$ 0.00	\$ 0.00
Promedio Usuario:	8	7.5	Recargos Acueducto			\$ 0.00
Promedio Estrato:	13	5.0				
Tasa de Uso:	4.64	0.0				
Porcentaje (Sub/Apo):	-20%					
Subtotal Acueducto						\$ 16,705.34

ALCANTARILLADO

Vertimiento:	5	M3	Tarifa	Vr.Total	Sub / Contrib.	Valor
Promedio Usuario:	8		Cargo Fijo	\$ 4,457.80	\$ 4,457.80	-\$ 891.56 \$ 3,566.24
Promedio Estrato:	13		Vertimiento Básico	5 \$ 1,140.92	\$ 5,204.60	-\$ 1,040.92 \$ 4,163.58
Tasa Retributiva:	94,44		Vertimiento Compl.	0 \$ 1,140.92	\$ 0.00	\$ 0.00
Porcentaje (Sub/Apo):	-20%		Vertimiento Suntuario	0 \$ 1,140.92	\$ 0.00	\$ 0.00
			Recargos Alcantar.			\$ 0.00
Subtotal Alcantarillado						\$ 7,729.92

Nombre del Concepto

Ajuste Decena

Interés De Financiación

Nombre del Concepto

\$ 4.23

\$ 79.83

Valor

OTROS COBROS

Subtotal Otros Cobros \$ 84.06

TOTAL MES: \$ 24,519.32

DEUDA

N.Convenio	Cuota	Vr.Cuota	Vr.Capital	Vr.Intereses	Saldo	Valor Facturas Vencidas
231659	35 de 36	\$ 7,120.06	\$ 7,040.23	\$ 79.83	\$ 7,079.98	\$ 0.00
						Valor Retroactivo por Variación Tarifaria
						Valor Cuota DIFERIDO COVID-19

El no pago oportuno de la factura genera la suspensión del servicio a partir de la fecha indicada en esta. Contra la decisión de suspender el servicio por mora, procede el recurso de reposición ante la empresa y en subsidio al de apelación ante la SSPD dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta factura.

Esta Factura presa mérito ejecutivo conforme a las reglas del Derecho Civil y Comercial (Artículo 120, Ley 1429/91) y REpresentante Legal

Municipio: VILLA DEL ROSARIO Número Factura: 121931887 Matrícula: 3100014970

Nombre: Córdoba Vicente Referencia de Pago: 13845930 Doc. Equivalente: 121931887

Dirección Cr 12b 18n-29

Período 27/07/2024 - 27/08/2024

TOTAL A PAGAR: \$ 30,550.00

Total Cartera Adeudada: \$ 37,629.98

Total Cartera Adeudada: \$ 37,629.98



Calle 64 # 607 Barrio Obrero

Cel: 018000423601

Villa Del Rosario - Norte De Santander

E-mail: atencionausuariovr.co@aqualia.

NIT: 901368043-5



(415)7709998385450(8020)0013845930(3900)0000030550(96)20241029

3198