

**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

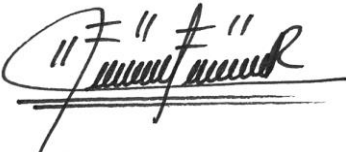
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	23 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	23 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	JUAN DE JESUS RODRIGUEZ ROLON
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	5.482.597 de Salazar
Edad	67 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 14 #11-27 Barrio El Páramo
Teléfono fijo	3112382901
No. de Celular (2 números si es posible)	3133212505
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	asodicap@gmail.com
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	MARIA TRINIDAD RODRIGUEZ ROLON
Parentesco de la PcD	Hermana
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.406.229 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3133212505

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)	674704
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F319
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	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.ipsprogresando@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: <u> X </u> 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: X Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleana 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	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.482.597**
RODRIGUEZ ROLON

APELLIDOS

JUAN DE JESUS

NOMBRES

Juan de Jesus

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-1956**

LOURDES
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S RH

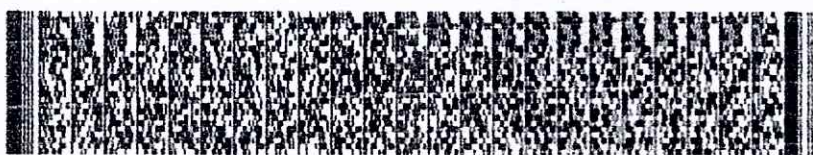
M

SEXO

17-ENE-1976 SALAZAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2510000-00241347-M-0005482597-20100615

0022228171A 1

33689157

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Rodriguez	Polon	Don de Jesús	5482597
Edad: 66	Estado Civil: Soltero	Escolaridad: Primaria	Género: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Dirección: (Cll 31 N°) Cra 14 B Páramo N° 11-27 V.R.		Teléfono: 322/2674912	


FECHA: AÑO: 2024 MES: 02 DIA: 21


DIAGNÓSTICO: Trastorno Afectivo Bipolar (F319)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

<p>Paciente quien aprox. hace 3 años presenta Insomnio y progresivamente presenta demencia y Trastorno Afectivo bipolar que requiere tratamiento farmacológico permanente (Levomepromazina / Acido Valproico / Defenitramina). A la Valoración, presenta Trastorno de la conducta y el comportamiento, desorientado, Retardo, con deterioro cognitivo, cumple ordenes sencillas no complejas, Irritabilidad y Ansiedad, Adjudado presenta Enfermedad de Parkinson que empeora su situación. Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria. Requiere Acompañamiento permanente.</p>

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MENTAL SEVERO

 MEDICO Dr. Enrique Parro Médico General REC 13 148 552 R.M. 3192
--

 FISIOTERAPEUTA RPO06391
--



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

Nro. ATENCIÓN 00458929
REGISTRO MÉDICO 00257228
FECHA 31/03/2023

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo
5482597	JUAN DE JESUS RODRIGUEZ ROLON	CC5482597	66 A	M
Dirección del Paciente	VILLA DEL ROSARIO,,CLL 11 CRR 14 13-73 EL PARAMO			
Empresa	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
NUEVA E.P.S SUBSIDIADO	31/03/2023	14:25	31/03/2023	14:32

Página 2

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

Estado de conciencia:

ALERTA

Nivel de orientación:

DESORIENTADO EN ESPACIO

Actitud:

PASIVA

Afecto:

PLANO

Pensamiento:

DETERIORO COGNITIVO

Sensopercepción:

SIN ALTERACIONES

Juicio de realidad:

POBRE

Introspección:

POBRE

Funciones mentales superiores

(cognitivas):

DETERIORO COGNITIVO

Observaciones adicionales:

NO

IMPRESION DIAGNOSTICA

F319 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO
ESPECIFICADO

PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :31/03/2023 Medico :REINALDO NICOLAS
OMANA Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE
SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
Cantidad :1

Observaciones:

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :31/03/2023 Medico :REINALDO NICOLAS
OMANA Medicamento :LEVOMEPRAMAZINA 4MG/ML
SOLUCION ORAL Cantidad :1 Dosificacion :SE
TOMA 5 GOTAS 9 30 PM

Fecha :31/03/2023 Medico :REINALDO NICOLAS
OMANA Medicamento :ACIDO VALPROICO 250MG/5ML
JARABE Cantidad :8 Dosificacion :SE TOMA 5
CC SOBRE DESAYUNO SE TOMA 5 CC SOBREFE

ALMUERZO SE TOMA 5 CC SOBRE COMIDA NOCHE
Fecha :31/03/2023 Medico :REINALDO NICOLAS
OMANA Medicamento :DIFENHIDRAMINA JARABE
125MG/5ML Cantidad :8 Dosificacion :SE TOMA
5 CC SOBRE DESAYUNO SE TOMA 5 CC SOBREFE

ALMUERZO SE TOMA 5 CC SOBREFE COMIDA NOCHE

Observaciones :

CITA 2 MESES

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

CITA 60 DIAS

MEDICO TRATANTE

REINALDO NICOLAS OMANA

Médico ordena la salida

REINALDO NICOLAS OMANA C.C.13442806
PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:

Dr. Reinaldo Omana Herra
MÉDICO PSIQUIATRA
REG. MED. 821
CC 13 442 806



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

Nro. ATENCIÓN 00458929
REGISTRO MÉDICO 00257228
FECHA 31/03/2023

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Página 1

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo
5482597	JUAN DE JESUS RODRIGUEZ ROLON	CC5482597	66 A	M
Dirección del Paciente	VILLA DEL ROSARIO, CLL 11 CRR 14 13-73 EL PARAMO			
Empresa	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
NUEVA E.P.S SUBSIDIADO	31/03/2023	14:25	31/03/2023	14:32

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA

AGRESIVO CVON EL ANTORNOI FAMILIAR

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE SE VALORA EN LA TARDE DE HOY TRAI DO ,POLR FAMILIARERWE PACIENTE QUE ESTA CION WENF PARKINSON HTA Y DIABETES DIDEIFUCL AUQ SE TOIM A LA MEDICACION

ESTRESORES PSICOSOCIALES RECIENTES:

Ninguno.

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Psiquiatrico:

ENF PARKINSON TAB EN TIO

INGESTA DE ALCOHOL

¿Consume Alcohol?:NO,

METAS O AMBICIONES

¿Dejó el estudio o el trabajo?:NO,

¿Tiene metas o ambiciones?:NO,.

DIFICULTADES CON EL SUEÑO:

Hora de Acostarse: Hora de levantarse:

¿FUMA?:NO,

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

REVISIÓN POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.

Endocrino, metabólico y nutricional: NO REFIERE.

Respiratorio: NO REFIERE.

Cardiovascular: NO REFIERE.

Genitourinario : NO REFIERE.

Musculoesquelético : NO REFIERE.

Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.

Hemolinfático: NO REFIERE.

REVISIÓN POR SISTEMA

Otros : NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO

Fecha y Hora:31/03/2023(14:25), Talla:165.00
Peso: 71.00 Ind.Masa:26.0800.
T.A.:110 80, F.C.:80, TEMP.: 0.0, F.R.:16.

Observaciones:

EXAMEN FÍSICO

Hallazgos :

Cabeza: NORMOCÉFALO, NO LESIONES EXTERNAS
Ojos: PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMALES
ORL: OTOSCOPIA 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 S SOPLOS. PULMONES SIN AGREGADOS VENTILADOS
Abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, NO VISCEROMEGALÍAS, NO DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA
Pelvis: DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA NORMALII
Extremidades: SIMÉTRICAS, SIN EDEMA , PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES
GU : PUÑO PERCUCIÓN NEGATIVA
Neurológicos: REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS NORMALES, FUERZA 5/5 BILATERAL, SENSIBILIDA NORMAL, NO DÉFICIT APARENTE DE PARES CRANEA
Columna: NO PUNTOS DOLOROSOS, NO DEFORMACIO
Piel y Mucosas: NO LESIONES, NO PETEQUIAS

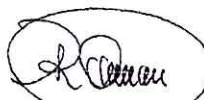
EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

¿Quién ordena la salida

WALDO NICOLAS OMAÑA C.C.13442806

ATRIA

Firma y Sello del Médico:


Dr. Renaldo Omaña Herray
MÉDICO PSICUATRA
REG. MED. 821
CC 13 442.806



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	5482597
NOMBRES	JUAN DE JESUS
APELLIDOS	RODRIGUEZ ROLON
FECHA DE NACIMIENTO	04/04/1988
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	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/04/2024 10:33:07

Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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

Fecha de consulta:

04/07/2024

Ficha:

548743531071400025281

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN DE JESUS

Apellidos: RODRIGUEZ ROLON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5482597

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

23/06/2023

Última actualización ciudadano:

23/06/2023

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:

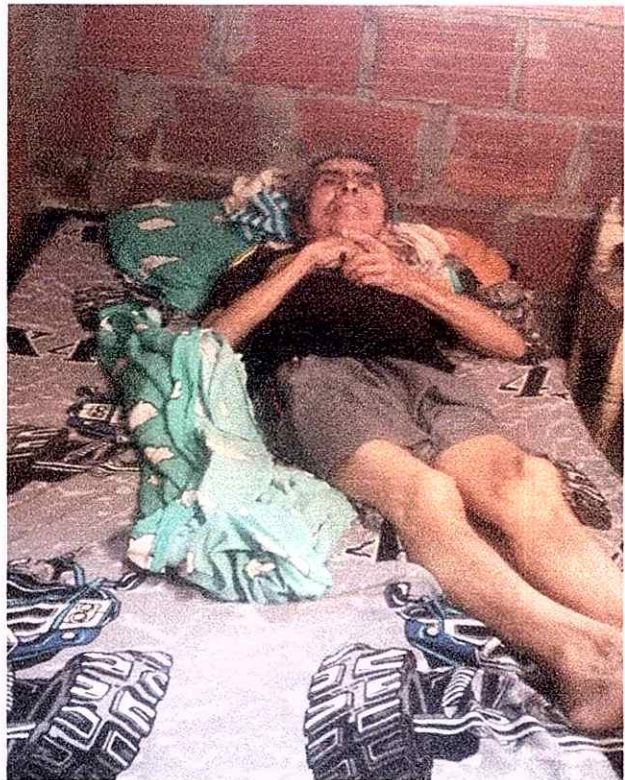
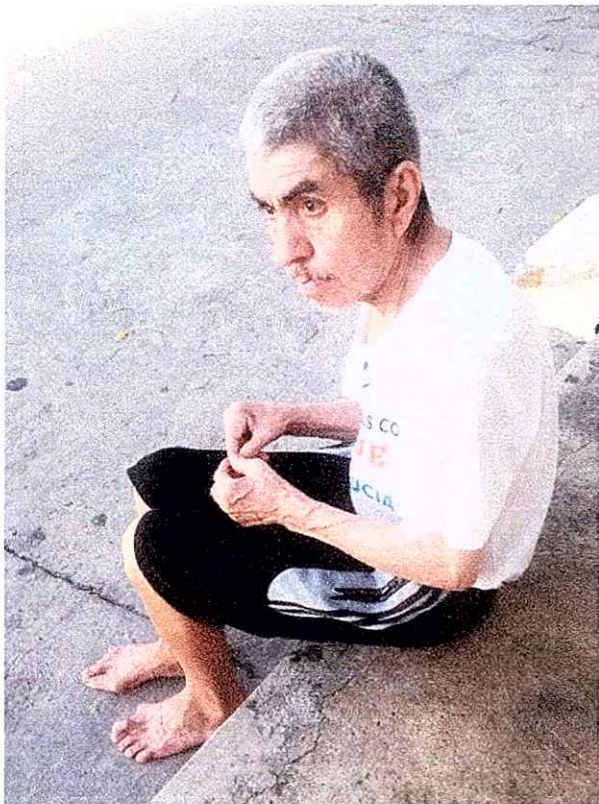
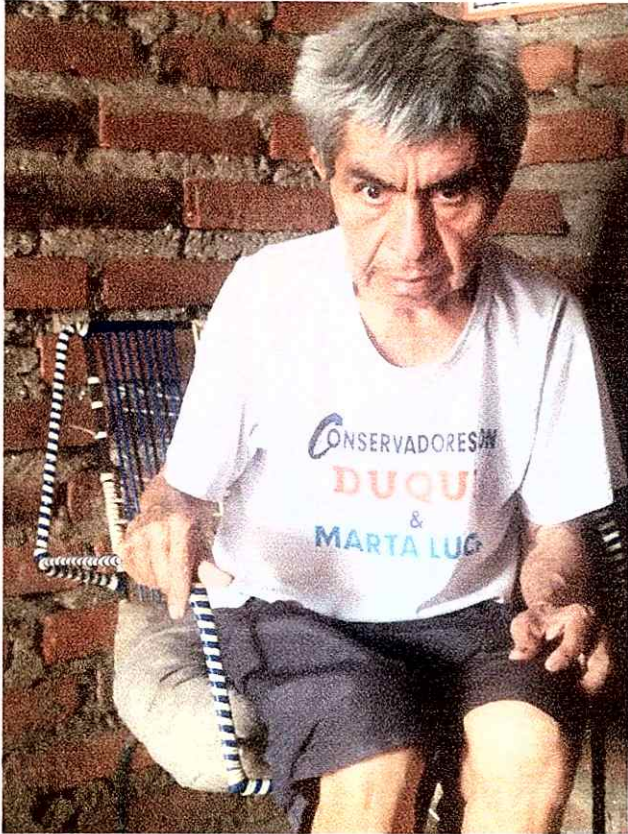
Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



RED DE SERVICIOS NORTE DE SANTANDER
NIT: 890501734-7
CENTRALES ELECTRICAS DEL NORTE
DE SANTANDER S.A. E.S.P.
NIT. 890500514

NUMERO TRANSACCION: 15488617
FECHA: 06/05/2024 HORA: 18:23:41
VENDEDOR: 1149462940
OFICINA V ROSARIO
NIT: 890501734-7

CODIGO SEGURIDAD
2633826536336{

RECAUDO CENS PAGO SIN FACTURA
REFERENCIA: 437306
ESTRATO: 1

NOMBRE CLIENTE: MARIA BELEN RODRIGUEZ
DIRECCION: CRA 14 11-27
BARRIO: 1471-PARAMO
MUNICIPIO: 54874-VILLA DEL ROSARIO
DEPARTAMENTO: 54-NORTE DE SANTANDER

NUMERO CLIENTE: 437306
VALOR PAGADO: \$200,000
SALDO ACTUAL: 301,150
SALDO COVENIO: 0
SALDO NUEVO: 101,150
SAL NUEVO CONV: 0
SALDO FAVOR: 0
FECHA VCTO: 26/04/2024
FECHA HASTA: 26/04/2024
FECHA PAGO: 06/05/2024 HORA: 18:23:41
CONSERVE ESTE TIQUETE,
ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO

Descarga la app CENS www.cens.com.co

P.
002.
IVA.

Con este numero puedes
hacer trámites y pagos
Reporta daños y emergencias
marcando gratis

Numero de cliente: **437306**
018000 414 115 ó al 115

Si aun 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

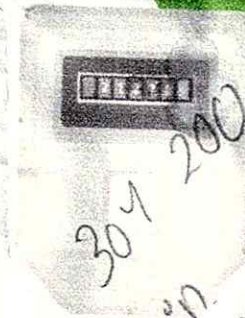
\$252,540

\$49,396

\$56,944

Por tus servicios pagas

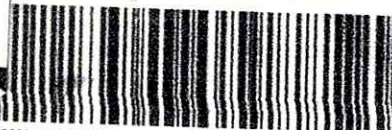
\$358,880



contacta la línea de
atención nacional

01 8000 414115

Envíalo al Medio Ambiente
artura por correo electrónico
res a www.cens.com.co



(3900)0000358880(96)20240404

Por tus
servicios
pagas



\$ 358,880

8201-1/2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **60.406.229**
RODRIGUEZ ROLON

APELLIDOS
MARIA TRINIDAD

NOMBRES

Maria Trinidad R
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-1969**
SALAZAR
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-JUL-1991 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2510000-00156912-F-0060406229-20090519 0011587350A 1 7590002692

3112382901
3133212505