

**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**

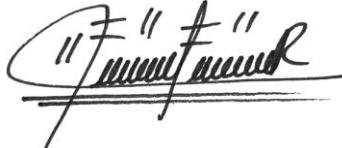
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	03 de Agosto de 2024
Fecha de expedición de la autorización	02 de Agosto de 2024

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

Nombre Completo	<b>CARLOS JULIO DIAZ</b>
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	13.924.756 de Málaga
Edad	57 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 11 Calle 30 Torre 9 Apto 104 Altos de Buenavista
Teléfono fijo	3204635241
No. de Celular (2 números si es posible)	3016760806
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Ricoblancacecilia64@gmail.com">Ricoblancacecilia64@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"/> X )    No Aplica: ( <input type="checkbox"/> )
Nombre Completo del Representante	BLANCA CECILIA RICO
Parentesco de la PCD	Hermana
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	41.614.676 de Bogotá
Teléfono fijo y/o No. de celular	3016725297

**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>1178294</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	Z810 – M219 – Z736
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 13924756 CARLOS JULIO DIAZ

## 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: Z810 - M219 - Z736

 Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1178294



ESE Hospital

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:
Díaz		Carlos Julio CC	13924756
Edad: 57	Estado Civil: Viudo.	Escolaridad: Bachiller	Género: F M X
Dirección: Cra 11 N° Torre Apt 104 Alt. Buena Vista C.P. 1100		Teléfono: 301-5362354.	

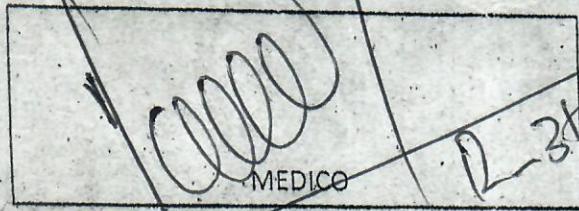
FECHA: AÑO: 2023 MES: 12 DIA: 21

DIAGNÓSTICO: Retardo Mental Moderado (Z810)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Deformidad Brazo Izq (M219)

Paciente quien desde el nacimiento presenta Retardo Mental Moderado, se ubica en tiempo y espacio, cumple órdenes sencillas no complejas, dificultad para comunicarse con el entorno, trastorno de la conducta y el comportamiento. Ajusto sufrido caída desde su propia altura ocasionando fractura con deformidad en varo-flexión codo que limita notablemente su movilidad. Es semidependiente Act. Básicas Cotidianas. Requiere acompañamiento permanente.

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD múltiple moderada (Mental- Motor)



**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM**

ESE Hospital  
Jorge Cristo Sahium  
Villa del Rosario

**ATENCIÓN AL ADULTO**

Consulta Externa

FECHA : 20/12/2023 12:34

INGRESO : 1442467

**DIAZ CARLOS JULIO**

CC - 13924756

Edad : 56 Años 5 Meses 19 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 1/07/1967

Teléfono : 3016760806

Dirección : torres de buena vista torre 5

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

**DATOS BÁSICOS**

OCCUPACIÓN :	9998 - NO APLICA		
NIVEL EDUCATIVO :	Media Académica o Clásica(Bachiller)	PERFECTICIA ÉTNICA :	Ninguna de las Anteriores
ESTADO CIVIL :	Viudo(a)	NIVEL SOCIECONÓMICO :	2. Bajo
PROCEDENCIA :	VILLA DEL ROSARIO		
ACOMPAÑANTE :	BLANCA RICO	PARENTESCO :	
DIRECCIÓN :	TORRES DE BUENA VISTA TORRE 5	TELÉFONO :	

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

MOTIVO DE LA CONSULTA : CONTROL DE ADULTEZ

\*\*SE ATIENDE PACIENTE CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL\*\*

**ANTECEDENTES PERSONALES**
**ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES**

 ANTECEDENTES METABÓLICOS :  Diabetes

 Sobre peso

 Dislipidemias o Hiperlipidemias

 ANTECEDENTES CÁNCER :  Próstata

 Colo Rectal

 Estomago

 Depresión

 ENFERMEDADES MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO :  Demencia

 Sustancias Psicoactivas

 Esquizofrenia

 Transtorno Afectivo Bipolar

 Consumo Alcohol

 Conducta Suicida

 ANTECEDENTES PULMONARES :  EPOC

 Asma

 Tuberculosis

 ANTECEDENTES SENSORIAL :  Defecto Refractivos

 Glaucoma

 Estrabismo

 ANTECEDENTES CARDIOVASCULAR :  Cerebrovascular

 Hipertensión

 Infartos

 DISCAPACIDAD :  Sensorial

 Física

 Cognitiva  Psiquica

 Otra

Cual : \_\_\_\_\_

 OTROS :  Enfermedad Ginecológica

 Alergias

 Enfermedad Musculo-Esquelético

 Enfermedad Urológica

 Accidentes Laborales

 Enfermedad Neurológica

Hospitalización :

Quirúrgicos :

RETARDO MENTAL MODERADO

NIEGA A LA FECHA

Transfusionales :

Traumáticos :

Farmacológico :

 ACCIDENTE ZX CAIDA DE SU PROPIA ALTRUA CNONB  
DFORMIDAD DE BRAZO IZQ

NIEGA A LA FECHA

Gineco Obstetrico :

OBSERVACIONES :

<b>PRACTICAS Y HABITOS SALUDABLES</b>		<b>PRACTICAS Y HABITOS</b>
<p>Actividad Física : <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO      Frecuencia : <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si</p> <p>Número de veces de higiene Oral dia : 3      Horas de sueño al día : 8</p>		<p>Habito urinario      DIAIRO</p> <p>Frecuencia de higiene general (Baño) : _____</p>
<p>No      Autotratamiento : _____</p> <p>Medidas de fotoprotección : _____</p>		<p>No      Autoexamen de seno : _____</p> <p>No      Actividades para manejo de estrés : _____</p>
<p>No      Exposiciones a factores del trabajo : <input type="checkbox"/> Fisicos <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Mecánicos <input type="checkbox"/> Ergonómicos <input type="checkbox"/> SPA <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco</p> <p>Antecedentes toxicológicos : <input type="checkbox"/> Exposiciones al humo de leña o carbón <input type="checkbox"/> Piscosociales <input type="checkbox"/> Ambientes <input type="checkbox"/> Esauzofenia <input type="checkbox"/> Psicosociales <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Fumador</p>		<p>No      Actividad realizadas en el tiempo libre : _____</p> <p>No      Exposición a violencias : _____</p>
<p>No      Actividades de trabajo : <input type="checkbox"/> Grasas saturadas <input type="checkbox"/> Sodio <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Fibra <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Otros</p> <p>Consumo de dietas específicas : <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea <input type="checkbox"/> Dieta cetogénica <input type="checkbox"/> Dieta paleo <input type="checkbox"/> Dieta vegana <input type="checkbox"/> Dieta keto <input type="checkbox"/> Dieta cetogenética <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea inversa <input type="checkbox"/> Dieta paleo inversa <input type="checkbox"/> Dieta vegana inversa <input type="checkbox"/> Dieta keto inversa</p>		<p>No      Hobbies : _____</p> <p>No      Actividades de ocio : _____</p>
<p><b>HABITOS ALIMENTARIOS, ACTIVIDAD LABORAL</b></p>		<p><b>CONSUMOS Y HABITOS</b></p>
<p>No      Exposiciones a factores del trabajo : <input type="checkbox"/> Grasas saturadas <input type="checkbox"/> Sodio <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Fibra <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Otros</p>		<p>No      Consumo de dietas específicas : <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea <input type="checkbox"/> Dieta cetogénica <input type="checkbox"/> Dieta paleo <input type="checkbox"/> Dieta vegana <input type="checkbox"/> Dieta keto <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea inversa <input type="checkbox"/> Dieta paleo inversa <input type="checkbox"/> Dieta vegana inversa <input type="checkbox"/> Dieta keto inversa</p>
<p><b>DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b></p>		<p><b>DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b></p>
<p>No      Ofreción de relaciones sexuales : <input type="checkbox"/> Excitación <input type="checkbox"/> Orgasmo <input type="checkbox"/> Lubricación <input type="checkbox"/> Ejaculación <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Número de compuestos sexuales : <input type="checkbox"/> 1</p>		<p>No      Metodos de anticoncepción : <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Dificultades durante relaciones sexuales : <input type="checkbox"/> Autonomía <input type="checkbox"/> Materinidad planeada <input type="checkbox"/> VIE <input type="checkbox"/> Paternidad planeada</p>
<p>No      Ofreción de relaciones sexuales (Afros) : <input type="checkbox"/> 15</p>		<p>No      Ofreción de relaciones sexuales : <input type="checkbox"/> Excitación <input type="checkbox"/> Orgasmo <input type="checkbox"/> Lubricación <input type="checkbox"/> Ejaculación <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otro</p>
<p><b>OBSERVACIONES :</b></p>		<p><b>OBSERVACIONES :</b></p>

**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM**

ESE Hospital  
Jorge Cristo Sahium  
Villa del Rosario

**ATENCIÓN AL ADULTO**

Consulta Externa

**FECHA :** 20/12/2023 12:34

**INGRESO :** 1442467

**DIAZ CARLOS JULIO**

**CC - 13924756**

**Edad :** 56 Años 5 Meses 19 Días

**Sexo :** Masculino

**Nacimiento :** 1/07/1967

**Teléfono :** 3016760806

**Dirección :** torres de buena vista torre 5

**Empresa :** NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

**VALORACIÓN MENTAL**

**Apariencia :**  
adecuada

**Comportamiento :**  
adecuada

**Pensamiento :**  
adecuada

**Afecto :**  
adecuada

**Estado de ánimo :**  
adecuada

**Funcionamiento cognoscitivo :**  
adecuada

**Funcionamiento Sensorial :**  
adecuada

**Funcionamiento motor :**  
adecuada

**Afrontamiento sucesos vitales :**  Normativo  No Normativos  
adecuada

**EXÁMEN FÍSICO**

Peso (Kg):

Cintura (cm) :

Cintura (cm) :

Presión Arterial Sístole Diástole

Talla (cms) :

Cadera (cm) :

Frecuencia Cardíaca :

Sentado :

70

IMC (kg/m<sup>2</sup>) :

ICC :

Frecuencia Respiratoria :

De pie :

Muñeca (cm) :

Decúbito :

**Examen por Zonas**

Craneo (Normal). 34tOjos (Normal). 34tOídos (Normal). 34tNariz (Normal). 34tBoca (Normal). 34tCuello (Normal). 34tTórax (Normal). 34tAbdomen (Normal). 34tGenitourinario (Normal). 34tOsteoarticular (Normal). 34tSistema Nervioso (Normal). 34tPiel (Normal). 34tMúsculo - Esquelético (Normal). 34tNeurológica - Esfera mental (Normal). 34tCardio Pulmonar (Normal). 34t

**PATRONES ANTROPOMÉTRICOS**

Indice de Masa Corporal IMC (Kg/m<sup>2</sup>)

**Parámetros**

IMC (kg/m<sup>2</sup>) :

Puntos de Corte

- > = 40
- >=35 a <40
- >=30 a <35
- >=25 a <30
- >= 18.5 a < 25
- < 18.5

Clasificación Antropométrica

- Obesidad Grado III
- Obesidad Grado II
- Obesidad Grado I
- Sobrepeso
- Normal
- Delgadez

Edad : 56 Años 5 Meses 19 Días

Sexo : Masculino

Concepto Profesional:

Resultado:

## RESULTADOS LABORATORIOS

? Presenta factores de riesgo que afectan su salud sexual y reproductiva?

 SI No

Observación:

- Identificar condiciones médicas que afectan la salud sexual :  Aspergillos  Enfermedad Cardíaca  Diabetes  Enfermedad Cerebrovascular  Enfermedad Nutricional  EPOC  Otra  Deseo  Lubricación  Orientación Sexual  Funcionabilidad Sexual  Ejercitación  Orgasmo  Dolor  Estimulación  Ejaculación

## Salud Sexual

? Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud visual?

 SI No

Observación:

- Identificar condiciones médicas que afectan la salud sexual :  Aspergillos  Enfermedad Cardíaca  Diabetes  Enfermedad Cerebrovascular  Enfermedad Nutricional  EPOC  Otra  Deseo  Lubricación  Orientación Sexual  Funcionabilidad Sexual  Ejercitación  Orgasmo  Dolor  Estimulación  Ejaculación

## Salud Visual

? Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud visual?

 SI No

Observación:

- Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal? :  SI  No
- Indicación del estadio del diente :  Normal  Anormal  No Evalua
- Indicación Visual :  Normal  Anormal  No Evalua
- Otoscopia :  Normal  Anormal  No Evalua
- Funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo :  Normal  Anormal  No Evalua
- Paladar duro v blando :  Normal  Anormal  No Evalua
- Orofaringe :  Normal  Anormal  No Evalua
- Estructuras Dentales :  Normal  Anormal  No Evalua
- Articulación Temporomandibular (ATM) :  Normal  Anormal  No Evalua
- Habla (No Evalua) :
- Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal? :  SI  No
- Indicación del estadio del diente :  Normal  Anormal  No Evalua
- Indicación Visual :  Normal  Anormal  No Evalua
- Otoscopia :  Normal  Anormal  No Evalua
- Fonación :  Normal  Anormal  No Evalua
- Paladar duro v blando :  Normal  Anormal  No Evalua
- Lenada :  Normal  Anormal  No Evalua
- Orofaringe :  Normal  Anormal  No Evalua
- Estructuras Dentales :  Normal  Anormal  No Evalua
- Articulación Temporomandibular (ATM) :  Normal  Anormal  No Evalua
- Afecto v Autostima :  Normal  Anormal  No Evalua
- Socialización :  Normal  Anormal  No Evalua
- Paladar duro v blando :  Normal  Anormal  No Evalua
- Orofaringe :  Normal  Anormal  No Evalua
- Estructuras Dentales :  Normal  Anormal  No Evalua
- Articulación Temporomandibular (ATM) :  Normal  Anormal  No Evalua
- Habla (No Evalua) :

## Salud Auditiva y Comunicativa

? Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud visual?

 SI No

Observación:

- Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal? :  SI  No
- Indicación del estadio del diente :  Normal  Anormal  No Evalua
- Indicación Visual :  Normal  Anormal  No Evalua
- Otoscopia :  Normal  Anormal  No Evalua
- Fonación :  Normal  Anormal  No Evalua
- Paladar duro v blando :  Normal  Anormal  No Evalua
- Lenada :  Normal  Anormal  No Evalua
- Orofaringe :  Normal  Anormal  No Evalua
- Estructuras Dentales :  Normal  Anormal  No Evalua
- Articulación Temporomandibular (ATM) :  Normal  Anormal  No Evalua
- Habla (No Evalua) :
- Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud visual? :  SI  No
- Indicación del estadio del diente :  Normal  Anormal  No Evalua
- Indicación Visual :  Normal  Anormal  No Evalua
- Otoscopia :  Normal  Anormal  No Evalua
- Fonación :  Normal  Anormal  No Evalua
- Paladar duro v blando :  Normal  Anormal  No Evalua
- Orofaringe :  Normal  Anormal  No Evalua
- Estructuras Dentales :  Normal  Anormal  No Evalua
- Articulación Temporomandibular (ATM) :  Normal  Anormal  No Evalua
- Habla (No Evalua) :

## Salud Bucal

## VALORAR LA SALUD

Empresa : NUeva EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

INGRESO : 1442467

FECHA : 20/12/2023 12:34

Consulta Externa

DIRECCIÓN : torres de buena vista torre 5

Número de teléfono : 3016760806

Número de teléfono : 107/1967

Edad : 56 Años 5 Meses 19 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 1/07/1967

Teléfono :

Número de teléfono :

**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM**

E.S.E Hospital  
Jorge Cristo Sahium  
Villa del Rosario

**ATENCIÓN AL ADULTO**

Consulta Externa

FECHA : 20/12/2023 12:34

INGRESO : 1442467

**DIAZ CARLOS JULIO**

CC - 13924756

Edad : 56 Años 5 Meses 19 Días

Nacimiento : 1/07/1967

Sexo : Masculino

Teléfono : 3016760806

Dirección : torres de buena vista torre 5

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

**DIAGNÓSTICO**

Finalidad de la Consulta : Detección de Alteraciones del Adulto

Causa Externa Consulta : Otra Causa

Diagnóstico Principal : Z008 OTROS EXAMENES GENERALES

Tipo Diagnóstico Principal : Impresión Diagnóstica

Diagnóstico Relacionado 1 : Z736 CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEDICADA

Diagnóstico Relacionado 2 :

Diagnóstico Relacionado 3 :

Diagnóstico Médico :

PACIENTE QUIEN ASISTE PARA VALORACIÓN DE ADULTEZ SEGÚN LINEAMIENTOS DE RESOLUCIÓN 3280, PACIENTE EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, A LA VALORACIÓN SE ADULTEZ SE ENCUENTRA PACIENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES, CABEZA Y CUELLO SIN ALTERACIONES, NO HALLAZGOS CARDIOPULMONARES, ABDOMEN BLANDO SIN LESIONES EVIDENTES, NO ALTERACIONES GENITOURINARIAS, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO. A LA VALORACIÓN NUTRICIONAL SE ENCUENTRA PACIENTE CON IMC EN RANGO DELGADEZ. EN ESTE CONTEXTO SE SOLICITAN PARACLÍNICOS ACORDE A FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS Y EDAD DEL PACIENTE.

ALVAREZ MANRIQUE STEFFANY CATALINA  
C.C. 1010023228  
MEDICINA GENERAL

**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM**

NIT: 807,004,631-3  
CALLE 5 N 749 VILLA DEL ROSARIO NORTE DE  
SANTANDER

**PLAN DE MANEJO**

Consulta Externa

Fecha: 20/12/2023 12:44:20 p. m.

**ORDEN MEDICA PROGRAMA DE ADULTEZ****DIAZ CARLOS JULIO**

CC - 13924756

Edad : 56A 5M 19D

Nacimiento : 1/07/1967

Dirección : torres de buena vista torre 5

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

Contrato : C2-INTEGRADOS

Sexo : Masculino

Teléfono : 3016760806

ITEM	DETALLE DEL SERVICIO	CANT	EN LETRAS
1	890206 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA . //	1	UNO
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Z008 OTROS EXAMENES GENERALES Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD		

Dr. Esteban Alvarez  
Calle 5 # 749  
Villa del Rosario  
Medicina General

**ALVAREZ MANRIQUE STEFFANY CATALINA**  
**C.C. 1010023228**  
**MEDICINA GENERAL**

Fecha de impresión: 20/12/2023 Impreso por ALVAREZ MANRIQUE STEFFANY  
CATALINA



## 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	13924756
NOMBRES	CARLOS JULIO
APELLIDOS	DIAZ
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	01/11/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/31/2024  
14:30:57 | 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:

31/07/2024

Ficha:

54874362664900002049

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS JULIO

Apellidos: DIAZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13924756

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

20/08/2023

Última actualización ciudadano:

20/08/2023

Última actualización via 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



