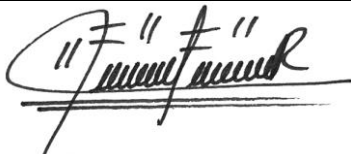



| | | |
|--|--|---|
|  <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p> | <p>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p> |  <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p> |
|--|--|---|

| 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 | 06 de Agosto de 2024 |
| Fecha de expedición de la autorización | 06 de Agosto de 2024 |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA | |
| Nombre Completo | OLGA MARIA GUERRERO DE CALDERON |
| Tipo de Documento Identidad | R.C. () T.I. () C.C. () Otro (X) |
| Número de Documento de Identidad | PPT 4943217 |
| Edad | 66 años |
| Género | Femenino |
| Dirección | Carrera 8 #5N-20 Apto 1 Barrio Santander |
| Teléfono fijo | 3172718000 |
| No. de Celular (2 números si es posible) | No tiene |
| Municipio de residencia | Villa del Rosario |
| Correo Electrónico | luzmarigonzalezrico@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 | LUZ MARINA GONZALEZ RICO |
| Parentesco de la PcD | Cuñada |
| Tipo de Documento Identidad | Cédula de ciudadanía |
| Número de Documento de Identidad | 1.127.609.250 Consulado de Caracas |
| Teléfono fijo y/o No. de celular | 3172718000 |
| 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) | 812868 |
| Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad) | I259 – H546 – H543 – I10X – I255 |
| 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: <u> X </u> Otro: _____ |
| DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN | |
| Nombre del funcionario que emite la autorización | Eleane 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 |  |



IPC0L4943217<<6<<<<<<<<<<<<<
5805255F3105308VENE0025632<<<2
GUERRERO<DE<CALDERON<<OLGA<MAR

| | | |
|---|---|-------------------|
|  | PROCESO DE APOYO | CODIGO: PAAS 0141 |
| | AREA DE TERAPIAS. | VERSION: 01 |
| | CERTIFICADO FISIOTERAPEUTICO DE LIMITACIONES FUNCIONALES. | Página 1 de 1 |

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------|
| 1er. Apellido | 2do. Apellido | Nombre | DOCUMENTO: |
| Guerrero | de Caldera | Olga Maria | PE 4943217 |
| Edad: 63 | Estado Civil: Soltera | Escolaridad: Primaria | Género: F X M |
| Dirección: C/05, Casa N° 577 B Santander U/Rio | | Teléfono: 317/2718000 | |

FECHA: AÑO: 2022 MES: 03 DIA: 14

DIAGNOSTICO: Enfermedad Isquemica del Corazon (I259)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Disminución Agudeza Visual ojo (H546)
Disminución Agudeza Visual (H543)

Paciente quien hace aprox. 15 años presenta deterioro funcional y cardiopulmonar y se le diagnosticó Enfermedad Cardíaca, se le Realizó Cirugía a Corazón Abierto. y recibe tto farmacológico permanente (Carvedilol 2.5mg / Enalapril 20mg / Atorvastatina 40mg / Clorpridrogel 75mg, presenta disnea al esfuerzo mínimo con enfermedad concomitante, Adjuvante presenta alteración de la fijación y el seguimiento visual, Prueba Romberg (+) Alteración de la estabilidad y el equilibrio. Dificultad para trasladarse por tiempos largos e inestables. Semidependiente Actividades Básicas Cotidianas

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE MODERADA (Motora-Sensorial-Visual)

Alvaro Enrique Poma
Medico Geriatra
C.C. 19.168.561
H.M. 3794
INSTITUCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

FISIOTERAPEUTA.
Naffi Alon
SERVICIO DE TERAPIAS
RPO06390

Identificación: PT 4943217 Nombre: OLGA MARIA GUERRERO DE CALDERON
Fecha nacimiento: 25/05/1958 Edad: 65 Ocupación:
Estado civil: Sexo: F Dirección:
Regimen: SUBSIDIADO Tipo de vinculación:
Acompañante: Teléfono: N. historia: 000200329
Responsable: Teléfono: Parentesco:
Entidad: NUEVA EPS Teléfono:
Finalidad de la consulta: No aplica Causa externa: Enfermedad general

Identificación: PT 4943217 Nombre: OLGA MARIA GUERRERO DE CALDERON
Fecha nacimiento: 25/05/1958 Edad: 65 Ocupación:
Estado civil: Sexo: F Dirección:
Regimen: SUBSIDIADO Tipo de vinculación:
Acompañante: Teléfono: N. historia: 000200329
Responsable: Teléfono: Parentesco:
Entidad: NUEVA EPS Teléfono:
Finalidad de la consulta: No aplica Causa externa: Enfermedad general

Fecha de elaboración: 23/03/2024 07:34:00

ANAMNESIS
MOTIVO DE CONSULTA:
Referido
ENFERMEDAD ACTUAL:
HTA. Revascularización miocárdica hace 15 años
Disnea cansancio CARVEDILOL 25MG D (2) ENALAPRIL 20MG (2) CLOPIDOGREL ASA ROSUVASTATINA
ENER 2024 : TG 192 CT 222 HDL 80 LDL 123 CREATININA 0.59 GLUCOSA 97 EKG ECTOPIAS VENTRICULARES AISLADAS

EXAMEN FÍSICO
Aspecto: Normal
ECOG: 0
TA: 110/80 mmHg - FC: 76 x/min - FR: 16 x/min - T: 36 °C - PESO: 59 kg - TALLA: 1.53 m - IMC: 25.20 - S.C.: 1.56 - SaO2: 98
Cabeza cara cuello: Normal
G.U.: Normal
Abdomen: Normal
Piel: Normal
Extremidades: Normal
Mental psicológico: Normal
Neurólogo: Normal
Tórax: Normal
CONDUCTA: ECOCARDIOGRAMA TT CONTROL EN 3 MESES
DIAGNOSTICOS:
I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - Tipo diagnóstico: - Observación:
I25S - CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA - Tipo diagnóstico: - Observación:

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
0 - Sin Dolor (0)

ANTECEDENTES PERSONALES

OTROS
No
ALÉRGICOS
No
TRAUMÁTICOS
No
QUIRÚRGICOS
No
GINECO-OBSTÉTRICOS
No
TOXICOLÓGICOS
No
FARMACOLÓGICOS
No

ANTECEDENTES FAMILIARES

OTROS

JESSICA DEL PILAR BARROSO SOTO
Especialista: MEDICINA INTERNA
CC: 37442500 RN: 37442500



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 | PT |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 4943217 |
| NOMBRES | OLGA MARIA |
| APELLIDOS | GUERRERO DE CALDERON |
| 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 | 07/02/2022 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

Fecha de Impresión:08/05/202410:22:39

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**,

Fecha de consulta:

05/08/2024

Ficha:

54874351663300023587

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: OLGA MARIA

Apellidos: GUERRERO DE CALDERON

Tipo de documento: Permiso Por Protección Temporal

Número de documento: 4943217

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

14/02/2022

Última actualización ciudadano:

14/02/2022

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

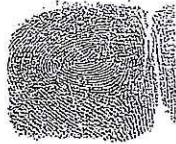
Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:



FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1972

DURANIA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 O+

ESTATURA G.S. RH

SEXO F

13-JUL-2015 CON CARACAS VEN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRO NACIONAL

CALLE 40 ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-8881515-00759479 F-1127609250-20151105 0047324246A 1 30123258

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.127.609.250

GONZALEZ RICO

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

Luz Marina Gonzalez
FIRMA

