

**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	<b>JERSON ALDAIR PARADA ORTEGA</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( <input type="checkbox"/> ) T.I. ( <input type="checkbox"/> ) C.C. ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Otro ( <input type="checkbox"/> )
Número de Documento de Identidad	1.092.336.081 de Villa del Rosario
Edad	20 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 12 #6N-40 Barrio Antonio Nariño
Teléfono fijo	3128041521
No. de Celular (2 números si es posible)	3213761512
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Lorenaortega1521@gmail.com">Lorenaortega1521@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: ( <input type="checkbox"/> )
Nombre Completo del Representante	SANDRA LORENA ORTEGA GARCIA
Parentesco de la PCD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.445.622 de Cúcuta
Teléfono fijo y/o No. de celular	3213761512

**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>1258145</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G800
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: _____
<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	



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-2004

CUCUTA  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ M

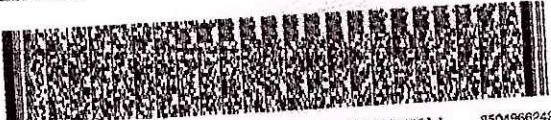
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-JUN-2022 VILLA DEL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA RODRÍGUEZ

RONDÓN DIRECCIÓN



P-2610000-01308804-M-1092336081-20220718 0080123978A 1 8504966242

CESE Hospital  
Jorge Cristo Sahium  
Villa del Rosario

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Parado	2do. Apellido Ortega	Nombres Jerson Aldair EC	DOCUMENTO: 1092336081
Edad : 19	Estado Civil : -	Escolaridad: -	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: Cra 12 N° 6N-40 B. Antonio Núñez 0/Alc		Teléfono: 312/8041521	

FECHA: AÑO: 2024 MES: 05 DIA: 29

DIAGNÓSTICO: Parálisis Cerebral Espástica (T800)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

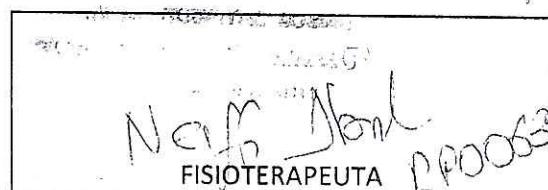
Paciente con diagnóstico Parálisis Cerebral Infantil, Displasia de Cadera, Quadripareia Espástica, Incontinencia Urinaria, Hipotonía y Espasticidad, deformidades en falanges, No Realiza bipedestación ni marcha, No Realiza Posturas Desarrollo Motor Normal, presentó hipoxia Cerebral al nacer, Retardo Mental Moderado, se comunica con gemidos y monosílabos, Eslabismo bilateral, trazo fluctuante permanece en coma y silla Ruedas Actividad Refleja patológico, alimentación dirigida. Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria (Aseo, Vestido, Alimentación y Traslados.)

Requiere Acompañamiento Permanente.

Requiere Silla Ruedas Engomadas

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA.

(Motor-  
Mental-  
Lenguaje)





SANATY IPS S.A.S.  
CALLE 13A No. 1E-112 BARRIO CAOBOS Tel: 3330333455 Nit: 900748002-0  
HISTÓRIA CLINICA GENERAL - CONSULTA EXTERNA  
Historia N°: 1092336081  
Código Habilidaon: 540010237501  
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CAOBOS

Fecha Impresión: 27/02/2024 11:07

Nombres y apellidos: JERSON ALDAIR PARADA ORTEGA

Sexo: M

Fecha Nacimiento:

04/06/2004

Tipo y número de documento: CC 1092336081

Edad: 18 A 8 M 10 D 20 H 12 Min

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Lugar de Residencia: NORTE DE SANTANDER CUCUTA

Dirección: CRA 12 # 6N-40 NARIÑO VILLA DEL ROSARIO

Barrio: URBANO

Zona Residencial: Urbana

Teléfono: 3128041521

Escolaridad:

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR

Grupo Etnico: NO APLICA

Religión: CATOLICO

Grupo Sanguíneo A+

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación: MENOR DE EDAD

Aseguradora: COOSALUD EPS S.A./233-MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL COOSALUD EPS SUBSIDIADO

Tipo Usuario: Subsidiario

Tipo Vinculación: Sin especificar

Estrato: CATEGORIA B

Cita N°: 106539

Fecha Ingreso: 14/02/2024 20:12

Fecha Atención: 21/02/2024 21:18

Fecha Salida: 21/02/2024 21:18

Especialidad: MEDICINA GRAL

Correo Electrónico: clientesanaty@gmail.com

## MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL

## MOTIVO DE CONSULTA:

VISITA MEDICA DOMICILIARIA

## ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, DISPLASIA DE CADERA, FAMILIAR NO REFIERE INGRESOS HOSPITALARIOS, NO FIEBRE, NO SINTOMAS RESPIRATORIOS, CON LESIONES SOBREINFECTADAS EN AXILA DERECHA , AL MOMENTO DE LA VALORACION EN COMPAÑIA DE FAMILIAR EN SILLA, PRESENTA DERMATITIS EN AREA DE PAÑAL, NIEGA INGRESOS HOSPITALARIOS, NIEGAN FIEBRES.

## EXAMEN FISICO

## SIGNOS VITALES

TA: 110/70 GLAS: mmHg	15 FC: 83 x min puntos	PESO: 1 Kg	TALLA: 1 cm	PC: 1 cm	IMC: Kg/m2	SUP: 0.13 m2	FR: 19 x min TEMP: 36 °C	PM: 1 cm
--------------------------	---------------------------	------------	-------------	----------	---------------	--------------	-----------------------------	----------

SAT: 95 %  
mmHg

TAM: 83.33

## EXAMEN FISICO

## CONDICIONES GENERALES

ACEPABLES CONDICIONES GENERALES, AFEERIL, HIDRATADO

## NEUROLOGICOS

CONSENTE, ACTIVO, ESTABLE, ORIENTADO EN PERSONA

## CARDIO-PULMONAR

RSRC RITMICOS, CAMPOS PULMONARES SIN SCREAGREGADOS

## PIEL

INTEGRA, SIN LESIONES

## CABEZA

NORMOCEFALO

## OTORRINOLARINGOLOGIA

MUCOSAS INTEGRAS

## CUELLO

MOVIL, SIN ADENOPATIAS

## TORAX

EXPANDIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

## ABDOMEN

BLANDO, DEPRESSIBLE NO MASAS, NO DOLOR A LA PALPACION

## EXTREMIDADES

HIPOTROFIA MUSCULAR DE MIEMBROS INFERIORES Y ESPASTICIDAD,DEFORMIDAD DE FALANGES MANO DERECHA E IZQUIERDA ,NO BIPEDESTA

## GENITO-URINARIOS

INCONTINENCIA URINARIA, CON ESTREÑIMIENTO CRONICO

## SINTOMATICO RESPIRATORIO

O

## SINTOMATICO DE PIEL

NO

## PRESENTA SIGNOS DE MALTRATO(SI o NO)

NO

## EXAMEN MENTAL

NO VALORADO

Sintomatico respiratorio: No Sintomatico de Piel: No

## DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

DIAG. PRINCIPAL: G800 - PARALISIS CEREBRAL/ESPASTICA OBSERVACION: TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado/repetido

CAUSA EXTERNA: Otra FINALIDAD DE LA CONSULTA: No Aplica

## PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

**PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO**

CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA EN TRES MESES

CONSULTA NUTRICION TRI-MESTRAL DOMICILIARIA.

TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIA #20 AL MES

TERAPIAS FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA #20 AL MES

TERAPIAS OCUPACIONALES DOMICILIARIA #20 AL MES

SS TRASLADO REDONDO EN AMBULANCIA PARA CUMPLIMIENTO DE CITAS CON ESPECIALISTAS DENTRO DEL CASCO URBANO

**FORMULA**

CALCIO 600MG + VITAMINA D 200MG TABLETA

TIAMINA TABLETA 300 MG, DAR 1 TABLETA AL DIA DESPUES DE LA CENA #30 MES X 3 MESES # 90

BETAMETASONA CREMA 0,05% 40GR, MEZCLAR Y APLICAR EN ZONA AFECTADA, #2 MES X 3 MESES # 6

CLOTRIMAZOL CREMA 1% 40 GR, MEZCLAR Y APLICAR EN ZONA AFECTADA, #2 MES X 3 MESES # 6

SULFADIAZINA DE PLATA CREMA 1% 30GR, MEZCLAR Y APLICAR EN ZONA AFECTADA, #2 MES X 3 MESES # 6

HIDROXIDO DE ALUMINIO HIDROXIDO MAGNESIO SIMETICONA FRASCO 360ML, DAR 5 CC CADA 12 HORAS, #2 MES X 3 MESES # 6

POLIETILENGLICOL 3350 (EVALAX) POLVO 100 GRAMOS FRASCO 250 GRAMOS, DAR UNA CUCHARADA CADA 12 HORAS # 2 AL MES X 3 MESES # 6

PAÑAL DESECHABLE TALLA M CAMBIO CADA 6 HORAS #120 MES X 3 MESES # 360 20240221180037977757

NISTATINA 100000UI + OXIDO DE ZINC 20% CREMA TÓPICA 60GR # 2 MES X 3 MESES # 6

ACIDO ASCORBICO TAB 500MG TOMAR 1 TAB DIA #30 AL MES X 3 MESES #90

CASO # 2198004

Dr. Miguel Angel Hernandez Rivera  
Medico y Consultor  
Reg. de Medico 2918-03  
C.P. 76740, Morelia, Michoacan

MIGUEL ANGEL HERNANDEZ RIVERA  
Registro Medico 2918-03

MEDICO GENERAL

Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Impreso por: ve01 - veronica silva zapatairo



## 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	1092336081
NOMBRES	JERSON ALDAIR
APELLIDOS	PARADA ORTEGA
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	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 08/05/2024 14:36:54 | 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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

**Fecha de consulta:**

Registro válido

05/08/2024

A2

**Ficha:**

54874046553500000331

Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES****Nombres:** JERSON ALDAIR**Apellidos:** PARADA ORTEGA**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 1092336081**Municipio:** Villa del Rosario**Departamento:** Norte de Santander**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:**

29/07/2023

**Última actualización ciudadano:**

29/07/2023

**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:**

Carrer 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 60.445.622

ORTEGA GARCIA  
APELLIDOS

SANDRA LORENA  
NOMBRES

*Sandra Lorena Ortega García*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1985

CUCUTA  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ F  
ESTATURA G.S. RH SEXO

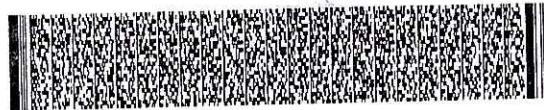
09-MAY-2003 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Alma Beatriz Rengifo López*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ



INDICE DERECHO



P-2500100-55118261-F-0060445622-20030910 02530 03252B 01 140543896