

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 88.161.508

RAMIREZ JAIMES

APELLIDOS

JORGE ELIECER

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1962

RAGONVALIA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

24-MAR-1981 RAGONVALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2510000-01291149-M-0088161508-20220422

0078842300A 1

8504362272



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

00496197

REGISTRO MÉDICO

00286472

FECHA

21/02/2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Página

1

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo
88161508	JORGE ELIECER RAMIREZ JAIMES	CC88161508	61 A	M
Dirección del Paciente	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
CUCUTA,, CRR 5 4N-45 BARRIO SANTANDER	21/02/2024	13:46	21/02/2024	13:50
Empresa				
COOSALUD EPS-S SA				

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA

control

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente con enfermedad mental cronica ,
refiere duerme bien , afecto modulado
colabora en casa , adherencia al
tratamiento

ESTRESORES PSICOSOCIALES RECIENTES:

Ninguno.

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Psiquiatrico:

enfermdad mental de 40 años de evolcuion

Patologico:

hta en tto

:

herniorrafia inguinal derecha septiembre
2022

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:

Insomnio, 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.

REVISIÓN POR SISTEMA

Cardiovascular: NO REFIERE.

Genitourinario : NO REFIERE.

Musculoesquelético : NO REFIERE.

Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.

Hemolinfático: NO REFIERE.

Otros : NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO

Fecha y Hora:21/02/2024(13:47), Talla:165.00,

Peso: 70.00 Ind.Masa:25.7100.

T.A.:144/89, F.C.: , TEMP.: 0.0, F.R.:.

Observaciones:

EXAMEN FÍSICO

Hallazgos :

Cabeza: NO EVALUADO

Ojos: NO EVALUADO

ORL: NO EVALUADO

Cuello: NO EVALUADO

Torax: NO EVALUADO

Cardio-Pulmonar: NO EVALUADO

Abdomen: NO EVALUADO

Pelvis: NO EVALUADO

Extremidades: NO EVALUADO

GU : NO EVALUADO

Neurológicos: NO EVALUADO

Columna: NO EVALUADO

Piel y Mucosas: NO EVALUADO

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Estado de conciencia:

ALERTA

Nivel de orientación:

ORIENTADO EN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO

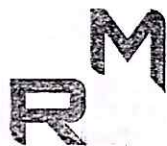
Médico ordena la salida

GLORIA INES BLANCO C.C.32632311

PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:


Gloria Blanca de Castro
C.C. 32.632.311 de 2/Quilla
Médica Psiquiatra
Reg. 909 CUC.



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 00496197
REGISTRO MÉDICO 00286472
FECHA 21/02/2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Página 2

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo
88161508	JORGE ELIECER RAMIREZ JAIMES	CC88161508	61 A	M
Dirección del Paciente CUCUTA,,CRR 5 4N-45 BARRIO SANTANDER				
Empresa	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
COOSALUD EPS-S SA	21/02/2024	13:46	21/02/2024	13:50

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

Actitud:

COLABORACIÓN E INTERES

Afecto:

AFECTO MODULADO

Pensamiento:

SIN ALTERACIONES EN EL CURSO NI EN EL
CONTENIDO

Sensopercepción:

SIN ALTERACIONES

Juicio de realidad:

SIN ALTERACIÓN

Introspección:

ADECUADA

Funciones mentales superiores

(cognitivas):

SIN ALTERACIÓN

IMPRESION DIAGNOSTICA

F205 ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :21/02/2024 Medico :GLORIA INES BLANCO

Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE

SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Cantidad :1

Observaciones:

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :21/02/2024 Medico :GLORIA INES BLANCO

Medicamento :PIPOTIAZINA PALMITATO 25 MG

SOLUCION INYECTABLE Cantidad :4 Dosificacion

:aplicar 1 mp cada mes IM

Fecha :21/02/2024 Medico :GLORIA INES BLANCO

Medicamento :LEVOMEPRAMAZINA 4MG/ML SOLUCION

Médico ordena la salida

GLORIA INES BLANCO C.C.32632311

PSIQUIATRIA

TRATAMIENTO

ORAL Cantidad :2 Dosificacion :tomar 10
gotas en la noche

Observaciones :

medicacion 4 meses

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

psicoeducacion control 4 meses

MEDICO TRATANTE

GLORIA INES BLANCO

Gloria Blanco de Castro
C.C. 32.632.311 de 3/Quito
Medico Psiquiatra
Reg. 909 CUC

Firma y Sello del Médico:

Rudesindo Soto
ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810
CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE
Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Orden de Procedimientos
Miercoles 21, Febrero, 2024

Nro. Atencion	Documento Nro.	Fecha
00496197	CC 88161508	21/02/2024
Nombre Paciente	Edad	Historia
JORGE ELIECER RAMIREZ JAIMES	61A	88161508
Empresa	Carnet Nro.	
COOSALUD EPS-S SA		
Diagnosticos		
F205,,		

Procedimientos Ordenados

Codigo	Descripcion	Cantidad
--------	-------------	----------

890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1
Observaciones	cita 4 meses	

G. Blanco

Gloria Blanco de Castro
C.C. 37.632.311 de 9/Julio
Medico Psiquiatra
Reg. 909 CUC

GLORIA INES BLANCO
Firma Médico

Firma Paciente

COPIA PACIENTE
ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

Rudesindo Soto
NIT 890500810
CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE
Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Orden de Procedimientos
Miercoles 21, Febrero, 2024

Nro. Atencion	Documento Nro.	Fecha
00496197	CC 88161508	21/02/2024
Nombre Paciente	Edad	Historia
JORGE ELIECER RAMIREZ JAIMES	61A	88161508
Empresa	Carnet Nro.	
COOSALUD EPS-S SA		
Diagnosticos		
F205,,		

Procedimientos Ordenados

Codigo	Descripcion	Cantidad
--------	-------------	----------

890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1
Observaciones	cita 4 meses	

G. Blanco

Gloria Blanco de Castro
C.C. 37.632.311 de 9/Julio
Medico Psiquiatra
Reg. 909 CUC

GLORIA INES BLANCO
Firma Médico

Firma Paciente



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	88161508
NOMBRES	JORGE ELIECER
APELLIDOS	RAMIREZ JAIMES
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 Impresión:07/03/2024 09:48:16

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



Registro válido

B2

Fecha de consulta:

03/07/2024

Ficha:

54874351561200027212

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE ELIECER

Apellidos: RAMIREZ JAIMES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 88161508

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

22/08/2023

Última actualización ciudadano:

22/08/2023

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

Tu compañía del agua

Calle 23 N.12-20 Barrio Gran Colombia -
Villa del Rosario (N. de S.)
PBX: 5705436 Técnica

Calle 4 N.6-37 Barrio Centro
Villa del Rosario (N. de S.)
Tel. 5704123 Comercial

Email: atencionusuariobr.co@aqualia.com

Municipio VILLA DEL ROSARIO
Nombre RAMIREZ JAIMES OLGA
Dirección CR 5 4N-51
Uso/Estrato RESIDENCIAL ESTRATO 2
Ciclo CICLO 2
Periodo 20/01/2024 - 19/02/2024
Días 30
Ruta 63 - Sec : 0001720000000

MATRICULA 3100022967
Número Factura 01310344-1
TOTAL A PAGAR \$58,380.00

Fecha Límite de Pago 11/03/2024

Fecha de Suspensión 12/03/2024

Facturas Vencidas 0

Fecha Factura 28/02/2024

Fecha Último pago 07-02-2024 - \$55,950.00

ACUEDUCTO

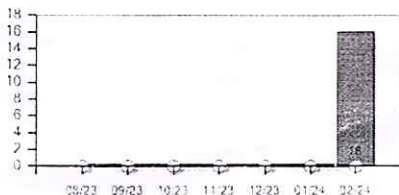
No del Medidor

Lectura Actual 0
Lectura Anterior 0
Consumo 16
Real/Estimado E.
Promedio Usuario 0
Promedio Estrato 14

Tasa de Uso 0.00

Porcentaje (Sub/Apo) -10.00 %

Histórico de Consumo



	M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor
Cargo Fijo		8,757.06	8,757.06	-875.71	7,881.35
Consumo Básico	16	2,295.57	36,729.12	-3,672.96	33,056.16
Consumo Complem.	0		0.00	0.00	0.00
Consumo Suntuoso	0		0.00	0.00	0.00

Subtotal Acueducto \$40,937.51

ALCANTARILLADO

Vertimiento 16
Promedio Usuario 0
Promedio Estrato 14

Tasa Retributiva 0.00

Porcentaje (Sub/Apo) -10.00 %

	M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor
Cargo Fijo		4,319.57	4,319.57	-431.96	3,887.61
Vertim.Básico	16	1,011.57	16,185.12	-1,618.56	14,566.56
Vertim.Comple	0		0.00	0.00	0.00
Vertim.Suntuoso	0		0.00	0.00	0.00

Subtotal Alcantarillado \$18,454.17

OTROS COBROS

Nombre Concepto	Valor	Nombre Concepto	Valor
Ajuste Decena	-2.13		

Subtotal Otros Cobros \$ -2.13

TOTAL MES \$59,389.55

DEUDA

N.Convenio	Cuota	Detalle Financiaciones	Saldo
		Vr.Cuota Vr.Capital Vr.Intereses	

Valor Facturas Vencidas	\$0.00
Valor Retroactivo por Variación Tarifaria	0.00
Valor Cuota DIFERIDO COVID-19	0.00
Valor Cuota Otras Financiaciones	0.00
(-) Devolución Acueducto INIC	\$596.68
(-) Devolución Alcantarillado INIC	\$412.87
(-) Saldo a Favor	\$0.00
Reliquidaciones y Financiaciones	\$0.00
Valores En Reclamación	\$0.00

Esta Factura presta mérito ejecutivo conforme a las reglas del Derecho Civil y Comercial (Artículo 130 Ley 142/94) y a las condiciones del Contrato de Condiciones Uniformes.

REPRESENTANTE LEGAL

TOTAL A PAGAR \$ 58,380.00
Total Cartera Adeudada \$59,389.55

Número Factura 01310344-1

Matricula 3100022967

TOTAL A PAGAR \$58,380.00
Total Cartera Adeudada \$59,389.55



(415)7709998385450(8020) 013103441(3900)0000058380(96)20240331

AQUALIA VILLA DEL ROSARIO SAS ESP

Nit. 901.368.043-5



AQUALIA VILLA DEL ROSARIO SAS ESP INFORMA A LOS SUSCRIPTORES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO QUE LAS TARIFAS QUE SE APLICARAN A PARTIR DE FEBRERO DE 2024 SON LAS SIGUIENTES, LO ANTERIOR, EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY 142 DE 1994.

VILLA DEL ROSARIO

USO/ESTRATO	ACUEDUCTO		ALCANTARILLADO		Subsidios y/o Contribuciones
	C_Fijo	C_Consumo	C_Fijo	C_Verlimiento	
Estrato 1	7.005,64	1.836,46	3.455,66	809,256	-20.00%
Estrato 2	7.881,35	2.066,01	3.887,61	910,413	-10.00%
Estrato 3	8.757,05	2.295,57	4.319,57	1.011,57	0.00%
Estrato 4	8.757,05	2.295,57	4.319,57	1.011,57	0.00%
Estrato 5	13.135,58	3.443,36	6.479,36	1.517,36	50.00%
Comercial	13.135,58	3.443,36	6.479,36	1.517,36	50.00%
Industrial	11.384,17	2.984,24	5.615,44	1.315,04	30.00%
Oficial	8.757,05	2.295,57	4.319,57	1.011,57	0.00%

AVISO IMPORTANTE

Se informa que los valores de los procedimientos de Suspensión, Reinstalación, Corte y Reconexión del servicio de acueducto se ajustan al SMMLV establecido para el año 2024, según lo establece la Resolución CRA 424 de 2007.

CONCEPTO	VALOR	IVA	TOTAL
Suspensión	18.200,00	3.458,00	21.658,00
Reinstalación	15.600,00	0,00	15.600,00
Corte	31.200,00	5.928,00	37.128,00
Reconexión	28.600,00	0,00	28.600,00

* Los factores de subsidios aplicados se ajustan a los definidos por el respectivo Concejo Municipal.

Puntos de pago autorizados



Para que gires cuando hay
SuperGIROS



aqualia

Tu compañía del agua

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.371.545

RAMIREZ JAIMES

APELLIDOS

OLGA

NOMBRES

Olga Ramirez Jaimes

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1972

RAGONVALIA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

A+

G.S. RH

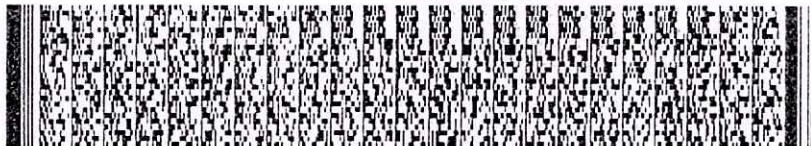
F

SEXO

20-JUN-1994 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2500100-00126279-F-0060371545-20081109

0005652143A 1

7050005456

 <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>
--	--	---

<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</p>	
<p>DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	
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
<p>DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA</p>	
Nombre Completo	JORGE ELIECER RAMIREZ JAIMES
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	88.161.508 de Ragonvalia
Edad	62 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 5 #4N-51 Barrio Santander
Teléfono fijo	3156105219
No. de Celular (2 números si es posible)	3508947015
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Jairorios91062@outlook.es
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	OLGA RAMIREZ JAIMES
Parentesco de la PcD	Hermana
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.371.545 de Cúcuta
Teléfono fijo y/o No. de celular	3508947015
<p>INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN</p>	
Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	907121
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F205
Fuente de Recursos de la autorización	<div> <div></div> <div>Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023</div> </div> <div> <div>X</div> <div>Recursos Propios</div> </div> <div> <div></div> <div>Empresa Privada</div> </div> <div> <div></div> <div>Recursos de Cooperación Internacional</div> </div> <div> <div></div> <div>Sistema General de Regalías</div> </div>
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.	<div>Si <input type="checkbox"/> No Aplica <input checked="" type="checkbox"/></div> <div>Nombre: _____</div> <div>No. de Teléfono: _____</div> <div>Nombre de la Empresa: _____</div>

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	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	