

**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	05 de Agosto de 2024
Fecha de expedición de la autorización	05 de Agosto de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	ROSA DELIA QUINTERO
Tipo de Documento Identidad	R.C. (<input type="checkbox"/>) T.I. (<input type="checkbox"/>) C.C. (X) Otro (<input type="checkbox"/>)
Número de Documento de Identidad	60.411.380 de Villa del Rosario
Edad	62 años
Género	Femenino
Dirección	Calle 13 #16-33-A Barrio El Páramo
Teléfono fijo	3016732722
No. de Celular (2 números si es posible)	3124786825
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: (<input type="checkbox"/>)
Nombre Completo del Representante	LEIDY RUBIELA QUINTERO
Parentesco de la PCD	Hija
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.092.340.873 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3124786825

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)	1244018
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	M797
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.ipspresando@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: <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: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
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 60411380 ROSA DELIA QUINTERO

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: M797

 Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1244018



3016732722

Paciente ROSA DELIA QUINTERO
Dirección CLL 13 16 33 EL PARAMO
Estado civil Soltero
Entidad CIADE IPS

Ocupación HOGAR

Acompañante
Responsable

Motivo Consulta

Tengo dolor

Enfermedad Actual

S: Refiere que desde hace 3 años viene presentando dolor en los codos, dolor en los dedos de las manos, observa que se le están deformando los dedos de las manos. No ha recibido tratamientos. Se acuesta a dormir a las 9:00 pm, Se levanta a las 7:00 am. Nicturia 2 o 3 veces. No ronca.

Antecedentes

Antecedentes Generales

Otros antecedentes cardiovasculares: No refiere
 Otros antecedentes renales: No refiere

Gravidez: 4

Paridad: 4

Aborto: 0

Gesárea: 0

Otros antecedentes ginecológicos: No refiere

Hipotiroidismo: Levotiroxina 50 mcg día

Otros antecedentes endocrinológicos: No refiere

Otros antecedentes hemitológicos: No refiere

Otros antecedentes infecciosos: No refiere

Tabaquismo: No refiere

Alcoholismo: No refiere

Alergias a medicamentos: No refiere

Otros antecedentes toxicos alergicos: No refiere

Otros antecedentes Neurológicos: No refiere

Otros antecedentes Gastrointestinales: No refiere

Antecedentes familiares: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Examen físico

Presión Arterial: 130/78 (mmHg) Pulso: 70 (puls/min) Frecuencia Cardíaca: 70 (Lat/min) Frecuencia Respiratoria: 16 (res/min) Peso: 36 (kg) Talla: 142 (cm) IMC: 17.85 (kg/m²)

Examen físico

Buen estado general, conjuntivas rosadas

C/P: Rs Cs rs, murmullo vesicular normal

Abdomen: Bien

OMA: Nodos de Heberden, Múltiples puntos musculares dolorosos (16 puntos) coincidiendo con los puntos de la fibromialgia

Neurológico: Bien

Piel: Bien

Sin exámenes

Identificación: CC 60411380
Teléfono: 3229158180
Fecha nacimiento: 23/05/1962 61 **Años** **Sexo** F
Fecha: miércoles, 13 de marzo de 2024
Hora: 09:08:36

Teléfono

Teléfono

Parentesco

Procedimientos Solicitados



Consultas
304 5747807



ciade.especialistas@hotmail.com
www.ciadeips.com.co



Cúcuta
Av. II E N° 4-09 Local 4
B. Quintar - Oriental Cúcuta

890388 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA

Diagnóstico M797 Fibromialgia

Diagnóstico relacionado

M199 Artrosis, no especificada

Conclusiones y plan de manejo

Paciente con O/A de manos + Fibromialgia

Ketoprofeno gel 2 veces al dia, Trazodona 25 Mg dia

SS Rx de manos

Nota: La paciente padece enfermedades de índole cronica con discapacidad fisica y con mal pronostico de recuperación.
Cita en 3 meses

El paciente diligenció y firmó la autorización de tratamiento de datos personales.

* Paciente con riesgo de caída *

El paciente obtuvo información sobre su situación de salud y recibió material educativo sobre su enfermedad y su respectivo tratamiento y cuidado.

Javier Ramírez F.

JAVIER RAMÍREZ FIGUEROA
RM. 10473/85 C.C. 13.446.690

Javier Ramírez F.
MEDICINA INTERNA
REUMATOLOGÍA
CMC 2015-1223E



consultas
304 5747807



ciade.especialistas@hotmail.com
www.ciadeips.com.co



Cúcuta
Av. 11 E N° 4-09 Local 4
B. Quintar - Oriental Cúcuta



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	60411380
NOMBRES	ROSA DELIA
APELLIDOS	QUINTERO
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: 07/03/2024 | Estación
 Impresión: 13:29:01 | 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

3124786825



Acompañante.