

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

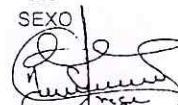
A+

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

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro.Historia	Nombre Paciente	Nro.Identific.	Edad	Sexo	Página
88161508	JORGE ELIECER RAMIREZ JAIMES	CC88161508	61 A	M	1
Dirección del Paciente	CUCUTA,, CRR 5 4N-45 BARRIO SANTANDER				
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:

enfermedad mental de 40 años de evolucion

Patologico:

hta en tto

:

herniorrafia inguinal derecha septiembre 2022

INGESTA DE ALCOHOL

¿Consumo 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 dia?: 0, ¿Cuantos litros de gaseosa consume al dia?: 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

Neuroológicos: 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

Gloria Blanca de Castro
cc. 77.852.211 de 3/queilla
Medico Psiquiatra
Reg. 909 CUC.

Médico ordena la salida

GLORIA INES BLANCO C.C.32632311

PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:



ESE HOSPITAL MENTAL RUDE SINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo	Página
88161508	JORGE ELIECER RAMIREZ JAIMES	CC88161508	61 A	M	2
Dirección del Paciente	CUCUTA, CRR 5 4N-45 BARRIO SANTANDER				
Empresa					
COOSALUD EPS-S SA					
	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso	
	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 :PILOTIAZINA PALMITATO 25 MG

SOLUCION INYECTABLE Cantidad :4 Dosificación

:aplicar 1 mp cada mes IM

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

Medicamento :LEVOMEPPROMAZINA 4MG/ML SOLUCION

Médico ordena la salida

GLORIA INES BLANCO C.C.32632311

PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:

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



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****Fecha de consulta:****03/07/2024****B2****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:****Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro****Teléfono:****5701220 - 5700873 - 5700317****Correo Electrónico:****sisben@villarosario.gov.co**



Aqualia Villa del Rosario SAS ESP
NIT.901.368.043-5



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: atencionusuariovr.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 : 000172000000

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.

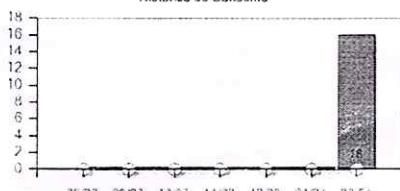
Promedio Usuario 0

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 Compl.	0		0.00	0.00	0.00
Consumo Suntuoso	0		0.00	0.00	0.00

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	Subtotal Acueducto \$40,937.51
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 0.00
Vertim.Suntuoso 0 0.00	0.00 0.00 0.00

OTROS COBROS

Nombre Concepto

Valor Nombre Concepto

Valor

Ajuste Decena

-2.13

Subtotal Alcantarillado \$18,454.17

Subtotal Otros Cobros \$ -2.13

TOTAL MES \$59,389.55

DEUDA

N Convenio	Cuota	Detalle Financiaciones			Saldo	Valor Facturas Vencidas	\$0.00
		Vr.Cuota	Vr.Capital	Vr.Intereses		Valor Retroactivo por Variación Tarifaria	0.00
						Valor Cuota DIFERIDO COVID-19	0.00
						Valor Cuota Otras Financiaciones	0.00
						(-) Devolución Acueducto INIC	\$595.68
						(-) Devolución Alcantarillado INIC	\$412.87
						(-) Saldo a Favor	\$0.00
						Reliquidaciones y Financiaciones	\$0.00
						Valores En Reclamación	\$0.00

El no pago oportuno de la factura dará lugar a la suspensión del servicio a partir de la fecha indicada en esta. Contra la decisión de suspender el servicio por mora, procede el recurso de reposición ante la empresa y en subsidio el de apelación ante la SSPD dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta factura.

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

aqualia
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: atencionusuariovr.co@aqualia.com



(415)7709998383150(8020)013103441(3900)0000058360(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/ESTRAT O	ACUEDUCTO		ALCANTARILLADO		Subsidios y/o Contribuciones
	C_Fijo	C_Consumo	C_Fijo	C_Vertimien to	
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 SMMVL 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

COOMPENS

Servimos con Agilidad y Responsabilidad



BBVA

**A PUESTAS
CÚCUTA 75**
J.J.PITA & CIA. S.A.



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



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

Carolina Sanchez
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2500100-00126279-F-0060371545-20081109

0005652143A 1

7050005456



**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	23 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	23 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

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			

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)	907121
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F205
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	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
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	