

**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	29 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	29 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	KEVIN SANIEL PEÑA PEREZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. (<input type="checkbox"/>) T.I. (<input checked="" type="checkbox"/>) C.C. (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>)
Número de Documento de Identidad	1092343033 de Villa del Rosario
Edad	17 Años
Género	Masculino
Dirección	Calle 8N #11-98 Barrio Veinte de Julio
Teléfono fijo	3112578012
No. de Celular (2 números si es posible)	3118143517
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Marleybiyulieth@gmail.com
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	MARIA EDY PEREZ HERNANDEZ
Parentesco de la PCD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.405.156 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3118143517

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)	1058373
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	R620 – R000
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	

TI 1092343033 KEVIN SANIEL PEÑA PEREZ

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: R620 - R000



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1058373

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	Peña	2do. Apellido	Perez	Nombres	Raúl Saniel	TI	DOCUMENTO:	1092343033
Edad :	16	Estado Civil :	Menor	Escolaridad:	-		Género:	F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección:	Calle N°11-98 B. 20º Julio 01 Piso				Teléfono:	311 8143517		

FECHA: AÑO: 2024 MES: 05 DIA: 29 311 2578012

DIAGNÓSTICO: Retardo del Desarrollo (R620)

Taquicardia (R000)

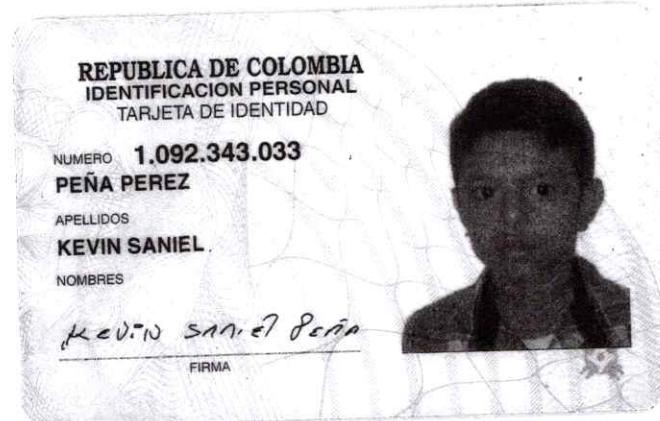
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien desde los 6 meses de edad se le diagnosticó Retardo Desarrollo Moderado y Taquicardia. A la Valoración presenta Disartria, dificultad para comunicarse con el medio externo, No se Ubica en Tiempo y espacio, cumple órdenes sencillas no complejas, Retraso del Desarrollo Motor marcado, presenta Encefalopatía, conducta Retardada, Retardo Cognitivo y del Aprendizaje, No presente Escalabilidad. Imatibilidad Ocasional. Disnea al esfuerzo por la taquicardia. Dependiente de todas las Act. de la Vida Diaria Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MÚLTIPLE SEVERA

(Mental
Motor
Lenguaje)





SALUD SOCIAL S.A.S.

**Direccion Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco
Telefono 607 595 6605**



**CARDIOLOGIA PEDIATRICA
HISTORIA CLINICA GENERAL**

Nº Historia Clínica: 1092343033

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: KEVIN SANIEL PEÑA PEREZ Identificación: Tarjeraldentidad 1092343033 Sexo: Masculin
 Fecha Nacimiento: 29/junio/2007 Edad Actual: 16 Años / 10 Meses / 23 Días ID de Genero: Masculino Raza: BLANCO Estado Civil: Soltero
 Dirección: CALLE 8 N 12-84/ 20 DE JULIO Teléfono: 3008045274
 Barrio: 20 DE JULIO Procedencia: VILLA DEL ROSARIO
 Ocupación: Correo Electronico: marleybijulith@gmail.com

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Régimen: Regimen_Simplificado
 Plan Beneficios: COOSALUD MODELO RIESGO CARDIOVASCULAR SUBSIDIADO Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)
 Tipo de contrato: Factura_Global Tipo: Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 34

(Fecha: 21/05/2024 10:46 a. m.)

Acompañante:

Parentesco:

Teléfono Acomp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1399234 Fecha: 21/05/2024 10:32:07 a. m.

**DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS**

Motivo de la Consulta

seguimiento

EnfermedadActual

Es entrón, no conoce el dinero, se relaciona bien,

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema neurológico	No refiere
Sistema otorrino	No refiere
Sistema respiratorio	No refiere
Sistema cardiovascular	No refiere
Sistema gastrointestinal	No refiere
Sistema genitourinario	No refiere
Sistema osteomuscular	No refiere
Sistema endocrino	No refiere
Sistema linfático	No refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras)	No refiere

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

TAS: 120 /TAD: 50	TAM: 73	NORMAL	FC: 94	FR	16	TEMP. 37,00	SO2 96
-------------------	---------	--------	--------	----	----	-------------	--------

Peso (Kg)	54,5	Talla (Cms)	155	I.M.C.	PESO NORMAL
Escala del Dolor	0				Riesgo OM:

EXAMEN FÍSICO

Estado general:	aceptable
Cabeza, cara, cuello:	normal
Torax	normal
Abdomen:	normal
Extremidades superiores:	normal
Extremidades inferiores:	normal
Región lumbosacra:	normal
Genitourinario:	normal
Sistema nervioso central:	normal
Piel y faneras:	normal

ESCALA DE BARTHEL

Comer:		TOTAL BARTHÉL
Lavarse:		
Vestirse:		
Arreglarse:		
Deposiciones:		
Micción:		
Usar el Retrete:		
Trasladarse:		
Deambular:		

Escalones:

0

ANALISIS Y TRATAMIENTO

Atención con adecuados epp, 16a, no escolarizado, retardo neurodesarrollo moderado, edad mental en valoración 6a, en trámite certificado de discapacidad, no medicación, historia de palpitación, en terapia de rehabilitación (psicología, ocupacional), electrocardiograma taquicardia sinusal, qtc normal, conducción av normal. Taquicardia sinusal, probable en relación a su condición y como consecuencia estrés, no anexa laboratorios, dice tiene prueba de tiroides, se dan pautas de autoayuda, de hábitos sanos, y saludables, mejorar hidratación, no bebidas café y azucaradas, seguir rehabilitación, terapia física, pendiente cita psiquiatría y genética. Cito tres meses, con ekg, demás orientación pediatría general.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**ANTECEDENTES**

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Pediátricos	29/03/2023 1:06:34	PATOLOGICOS : RETRASO DEL DESARROLLO MOTOR MARCADO- TAC CRANEO A LOS 3 AÑOS ENCEFALOPATIA
Médicos	14/06/2023 8:11:58 a. m.	APNEA AL NACER PARTO DOMICILIARIO LO ATENDIO UNA PARTERA-ESTIMULAN Y LLEVAN URGENTE AL PUESTO SALUD DE VILLA DEL ROSARIO DONDE DEJAN EN OBSERVACION POR 2 HORAS
Médicos	5/07/2023 7:31:36 a. m.	PARTO DOMICILIARIORM MODERADO

Psicológicos	18/08/2023 9:07:15 a. m.	NIEGA
Psiquiátricos	18/08/2023 9:07:15 a. m.	NIEGA
Psicológicos	18/08/2023 9:10:28 a. m.	NIEGA
Psiquiátricos	18/08/2023 9:10:28 a. m.	NIEGA
Psicológicos	1/02/2024 8:46:52 a. m.	NIEGA
Psiquiátricos	1/02/2024 8:46:52 a. m.	NIEGA
Familiares	1/02/2024 8:46:52 a. m.	NIEGA
Personales	1/02/2024 8:46:52 a. m.	NIEGA

Fumador	Medida Fumador	Tiempo Fumador	Medida Exfumador	Tiempo Exfumador
Fumadores en Casa	Exposición al humo	Tiempo exposición	Medida Exposición	Mascotas en casa
Sustancias			Medida Sustancias	Tiempo Sustancias

Planifica

FUP

G

P

A

C

V

E

M

EXAMENES

Código	Nombre
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
Observación:	3 meses

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Código	Nombre
890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA
Observación:	3 meses

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnóstico
Confirmado_Repetido	R620	RETARDO DEL DESARROLLO	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	R000	TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/> Principal

Nombre reporte : HCRPHistoBase

37

Usuario: 7701757

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

MEDICAMENTOS

CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
-----	--------	---------------	--------------	----------

Via de administración: Duración: Días

Indicación:

INDICACIONES MEDICAS**PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

Código	Nombre
--------	--------

Observación:

QUINTERO QUINTERO DANIEL
CARDIOLOGIA PEDIATRICA
77017575 o 77017575



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	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1092343033
NOMBRES	KEVIN SANIEL
APELLIDOS	PEÑA PEREZ
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: 07/29/2024 15:19:05 | 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**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

Registro válido

Fecha de consulta:

29/07/2024

Ficha:

54874054553700000462

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KEVIN SANIEL

Apellidos: PEÑA PEREZ

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1092343033

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/07/2023

Última actualización ciudadano: 11/07/2023

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



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1971

TIPACOQUE
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-AGO-1990 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Santander*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2510000-00130719-F-0060405156-20081123 0006723577A 1 7580009635

ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA