



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	Cacota
Código Divipola del municipio	54125
Nombre de la entidad que emite la autorización	Coordinación de salud pública- alcaldía municipal
Fecha de solicitud de la autorización	11/12/2024
Fecha de expedición de la autorización	11/12/2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	ALEXANDER GAUTA
Tipo de Documento Identidad	R.C. _____ T.I. _____ C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Otro. _____
Número de Documento de Identidad	5.418.711
Edad	43 Años
Genero	Masculino
Dirección	Barrio calvario
Teléfono fijo	3132261044
No. de Celular (2 números si es posible)	3132261044
Municipio de residencia	Cacota
Correo Electrónico	No aplica
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: _____ No Aplica: <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre Completo del Representante	N/A
Parentesco de la PCD	N/A
Tipo de Documento Identidad	N/A
Número de Documento de Identidad	N/A
Teléfono fijo y/o No. de celular	N/A

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)	888930
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H522 - Astigmatismo-endotropia alternante H520 Hipermetropía
Fuente de Recursos de la autorización	<p>Recursos Ministerio de Salud Res No. 619 de 2024</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios</p> <p><input type="checkbox"/> Empresa Privada</p> <p><input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional</p> <p><input type="checkbox"/> Sistema General de Regalías</p>
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 las personas. Cuando aplique.	<p>Si <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre: _____</p> <p>No. de Teléfono: _____</p> <p>Nombre de la Empresa: _____</p>

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 21 A # 0B-75 El Rosal por Barrio Blanco
Teléfono: 316 2521846 Para Citas
Email: fservicioclienteipsprogresando@gmail.com

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

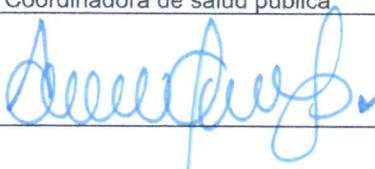
Indicar si la persona requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea institucional o domiciliaria, de acuerdo con lo establecido por el médico tratante.

Consulta Institucional: 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: _____
Otro: _____

DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN

Nombre del funcionario que emite la autorización	Angelica María Gauta Ferrer
Cedula del funcionario	1004926619
Cargo del funcionario que emite la autorización	Coordinadora de salud publica
Firma del funcionario que emite la autorización	



Salud Visual
PAMPLONA

Nº Fórmula
4361

Nit: 1094244377-1
Tel: 3156118790
Cel: 3106292647
Dir: Carrera 5 #8-02 local 4
saludvisualpamplona468@hotmail.com

125.

Fecha 16/03/2023

Nombre ALEXANDER GAUTA

Documento 5418711

Cel 3133646273

Tel 3132261044

	Esfера	Cilindro	Eje	Adición	AF	DNP	AV
OD	+0,00	-0,75	140			29	20/ 20
OI	+0,50	-0,75	10			29	20/ 20
Días	12	Meses			ENFERMEDAD GENERAL		
Tipo de exámenes			IMPRESIÓN DIAGNOSTICA				
Códs	H520		HIPERMETROPIA				
CIE-10	H522		ASTIGMATISMO				
Finalidad			DETECCION DE ALTERACIONES DE AGUDEZA VISUAL				
Recomendación							
Observaciones							
Optometra							

Firma

SOFTIXSAS.

Autorización: 888930.

Fecha 16/03/2023 Cliente ALEXANDER GAUTA

Documento 5418711 Cel 3133646273 Tel 3132261044

Edad 43 Ocupación AGRICULTOR Entidad

Anamnesis

Dolor ocular

Presión ocular

Dermatología

Historia familiar

NO VEO MUY BIEN DE LEJOS Y SE ME DESVIAN LOS OJOS

Antropométrica

NO REPORTA

Ant. Familiar

NO REPORTA

Lensometría

AV Lejana SC

CC

AV Cercana SC

CC

OD NO USA

20/ 250

20/ NO U

1,00

NO USA

OI NO USA

20/ 40

20/ NO U

1,00

NO USA

Obs

Exámen externo

AO: Normal

Oftalmoscopía

AO: Normal

Queratometria

OD 43,50/45,00X168

OI 42,75/44,75X6

Presión intraocular

mmHG

mmHG

Retinoscopia

Subjetivo

Exámen motor

ESF

CIL

EJE

ADD

ESF

CIL

EJE

ADD

DP

AV

Cover T

 Krimsky

+0,00

-0,75

140

+0,00

-0,75

140

29

+0,50

-0,75

10

+0,50

-0,75

10

29

20/ 20

VL

Ortho

20/ 20

40CM

X

20CM X

Normal

Normal

Diagnóstico

ASTIGMATISMO-
ENDOTROPIA ALTERNANTE-

Disposición

USO DE RX OPTICA

Tipo Lente

Observaciones

PACIENTE PRESENTA AMBLOPIA POR DESVIACION EN OD

Optómetra

Firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.418.711**

GAUTA RODRIGUEZ

APELLIDOS

ALEXANDER

NOMBRES

Alexander Gauta Rodriguez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **11-ENE-1980**

CACOTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUKER DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

21-ABR-1998 CACOTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2501600-00156721-M-0005418711-20090518

0011550682A 1

27241442

3228252811.

E.Bombo Calvano.