
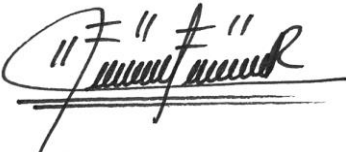
 <p><b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> NORTE DE SANTANDER</p>	<p align="center"><b>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</b></p>	 <p><b>Gobernación de Norte de Santander</b>  Instituto Departamental de Salud</p>
--	---	--

<b>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</b>	
<b>DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</b>	
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	09 de Octubre de 2024
Fecha de expedición de la autorización	09 de Octubre de 2024
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA</b>	
Nombre Completo	<b>LUIS ALBERTO VARGAS SUAREZ</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( )    T.I. ( )    C.C. ( <b>X</b> )    Otro ( )
Número de Documento de Identidad	5.436.702 de Chitaga
Edad	74 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 11 # 23-32 Barrio Gran Colombia
Teléfono fijo	3223628819
No. de Celular (2 números si es posible)	3017709604
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:adrianaarciniega2007@gmail.com">adrianaarciniega2007@gmail.com</a>
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: ( <b>X</b> )    No Aplica: ( )
Nombre Completo del Representante	
Parentesco de la PcD	
Tipo de Documento Identidad	
Número de Documento de Identidad	
Teléfono fijo y/o No. de celular	
<b>INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN</b>	
Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	<b>622133</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H402-H998-H545
Fuente de Recursos de la autorización	_____ Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023 <input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b> Recursos Propios _____ Empresa Privada _____ Recursos de Cooperación Internacional _____ 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 _____ <b>Nombre:</b> _____ <b>No. de Teléfono:</b> _____ <b>Nombre de la Empresa:</b> _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	<b>IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584</b>
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: <b>Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita</b> Teléfono: <b>3188631534 Para Citas</b> Email: <b>aux.gestion.ipsprogresando@gmail.com</b>
<b>INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES</b>	
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: _____ Otro: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleana 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	

## 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: H402-H998-H545



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 622133

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.436.702**  
**VARGAS SUAREZ**

APELLIDOS  
**LUIS ALBERTO**

NOMBRES

*Luis Alberto Vargas*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-SEP-1950**  
**CERRITO**  
(SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75** **O+** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**25-SEP-1973 CHITAGA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Luis Alberto Vargas*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARUEL SANCHEZ TORRES



A-2500100-00425134-M-0005436702-20130208 0032412103A 1 5020765863





## HISTORIA CLINICA - EVOLUCION

IDENTIFICACION 5436702 VARGAS SUAREZ LUIS ALBERTO

FECHA DE NACIMIENTO 14/09/1950 EDAD 71 Años 6 Meses 0 Día

Página 1

Ocupacion NA

DIRECCION CRR 25 GRAN COLOMBIA

RESPONSABLE ADRIANA ACEVEDO

TELEFONO: 3017709604

ENTIDAD COOSALUD EPS S.A. (CAPITA)

TIPO DE USUARIO SUBSIDIADO

FECHA 14/03/2022 HORA 09:46

### MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 71 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA DE CATARATA DEL OD EN MAYO EL 2021 Y OI HACE 1 SEMANA

ADEMAS GPAC EN AO, TERMINAL EN OI. EN TTO CON LATANOPROST

S/ REFEIRE VISION BORROSA AUN

AVcc/

OD: 20/25

OI: MM

BIO/

OD: CORNEA CLARA, PSEUDOPACHYMA BIEN.

OI: CORNEA CON EDEMA MODERADO, MICROQUISTICO.

TIO: 10 Y 21mmHg

### DIAGNOSTICOS

H402 - GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO CERRADO - AO

H998 - PSEUDOPACHYMA - OD

H545 - VISION SUBNORMAL DE UN OJO - OI

### CONDUCTA

KENACORT SUBCONJUNTIVAL

CONTINUAR IGUAL MANEJO

SE INDICA USAR LATANOPROST YA QUE LO HABIA SUSPENDIDO

CONTROL EN 15 DIAS

### ACTIVIDADES PACIENTE

Gabriel Florez Echeverria  
Oftalmólogo  
C.C. 13.508.305  
R.M. 190

MEDICO GABRIEL FERNANDO FLOREZ ECHEVERRIA OFTALMOLOGO REG. MED. 190

14/03/2022 10:15:33

Alimentacion				
Cardiovascular	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS
	SI	P	HTA EN TTO	2023-04-10
Cerebro vascular				
Crecimiento y Desarrollo				
Hospitalarios				
Infecciosos				
Inmunologicos				
Metabolicos				
Otros				
Pediatricos				
Quirurgicos				
Respiratorio				
Toxicos				
Transfusionales				
Traumaticos				

EXAMEN FISICO		
PROFESIONAL: JUAN GUILLERMO JAIMES		FECHA: 2023-10-19
SISTEMA	ESTADO	OBSERVACIONES
Extremidades (20)	NORMAL	RODILLA DERECHA: MOVILIDAD 0-120°, NEUROVACSURL DISTAL COSNERVADOHERIDA EN BUENA CONDICIONES, ESTABLE

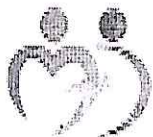
DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
M175	OTRAS GONARTROSIS SECUNDARIAS		

RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO	
FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
2023-10-19	09:46 Juan.jaimes - JUAN GUILLERMO JAIMES ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA PAICNETE EN ADCEUADO POP, SE INIDCA CITA ORTOPEdia 1 MES RX CONTROL TERMINAR LAS TERAPIAS PENDIENTES

CONSOLIDADO ORDENES MEDICAS DE APOYOS DIAGNOSTICOS 1.1			
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA EVOLUCION
OTROS	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA	2023/10/19 - 09:47:13
	Observacion:	1 MES CON RX DE CONTROL ORTOEPdia III NIVEL - CIRUGIA DE RODILLA	
	Orden Profesional	JUAN GUILLERMO JAIMES	
	Diagnosticos Presuntivos		

SOLICITUD AMBULATORIA			
PROFESIONAL: JUAN GUILLERMO JAIMES CC - 1098635992 T.P 1098635992			
IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL	2023/10/19 - 09:47:32
	Observacion:	DER REQUALIZAR EN 1 MES ANTES DE LA CONSULTA	
	Orden Profesional	JUAN GUILLERMO JAIMES	
	Diagnosticos Presuntivos		





Clínica Medical Duarte  
Tratamiento con sentido humano

## HISTORIA CLINICA

<b>PACIENTE:</b> LUIS ALBERTO VARGAS SUAREZ		<b>IDENTIFICACION:</b> CC 5436702		<b>HC:</b> 5436702 - CC
<b>TIPO AFILIADO:</b> Beneficiario	<b>EDAD:</b> 73 Años	<b>SEXO BIOLOGICO:</b> M	<b>ORIENTACIÓN SEXUAL:</b> HETEROSEXUAL	<b>IDENTIDAD DE GENERO:</b> Masculino
<b>FECHA NACIMIENTO:</b> 14/9/1950	NORTE DE SANTANDER-CUCUTA		<b>TELEFONO:</b>	<b>CELULAR:</b> 3219957655
<b>RESIDENCIA:</b> CALLE 24 N 11 41 BR GRAN COLOMBIA VILLA DE ROSARIO CORR CUCUTA NORTE DE SANTANDER(COLOMBIA)		<b>Ocupacion:</b> COMERCIANTE	<b>MANO DOMINANTE:</b> DERECHA	<b>NIVEL EDUCATIVO:</b> PRIMARIA
<b>EMAIL:</b> NO TIENE	<b>PERTENENCIA ETNICA:</b> Ninguna de las anteriores	<b>DISCAPACIDAD:</b> Sin discapacidad		<b>VICTIMA CONFLICTO ARMADO:</b> No
<b>NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:</b>	<b>PARENTESCO:</b>	<b>TELEFONO:</b>		
<b>NOMBRE ACOMPAÑANTE:</b>	<b>PARENTESCO:</b>	<b>TELEFONO:</b>		
<b>FECHA INGRESO:</b> 19/10/2023 - 09:21:48	<b>FECHA EGRESO:</b> 19/10/2023 - 09:48:25		<b>CAMA:</b>	
<b>DEPARTAMENTO:</b> 010118 - CONSULTA EXTERNA - MD		<b>SERVICIO:</b> AMBULATORIO		
<b>PLAN:</b> COOSALUD EPS-S MAIS TRAUMATISMOS				
<b>ESTADO CIVIL:</b> SOLTERO(A)	<b>Estrato:</b> Uno	<b>RH:</b> O+	2999ebb041de6974e120ac4d68199383	

Imprimió: MERCEDES MAGAILANES CAUSADO - mercedes.magallanes Fecha Impresión: 2023/10/19 - 10:03:06

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2023-10-19	<b>09:42</b>   <b>juan.jaimes - JUAN GUILLERMO JAIMES</b> <b>MOTIVO DE CONSULTA :</b> CONTROL <b>ENFERMEDAD ACTUAL :</b> POP 25 DE AGOSTO DE RTR RODILLA DERECHA, REFEIRE SNEITRSE BIEN, SIN DOLOR, NO LIMITCAION, YA REALIZO FISIOTERAPIA

ANTECEDENTES PERSONALES			
ANTECEDENTES		OP	DETALLE
ANTECEDENTES	Alergicos	NO	NIEGA
		NO	PATOLOGICOS : HTA FARMACOLOGICOS LOSARTAN 100 MG AM - 50 MG PM . AMLODIPINO 5 MG VIA ORAL CADA DIA. HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VIA ORAL CADA DIA
	Cardiovascular	SI	HTA EN TTO

ANTECEDENTES FAMILIARES				
ANTECEDENTES--		DETALLE		
		OP	TIPO	F. REGIS
Alergicos		NO	P	NIEGA
		NO	P	PATOLOGICOS : HTA FARMACOLOGICOS LOSARTAN 100 MG AM - 50 MG PM . AMLODIPINO 5 MG VIA ORAL CADA DIA. HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VIA ORAL CADA DIA
		NO	F	PATOLOGICOS : HTA FARMACOLOGICOS LOSARTAN 100 MG AM - 50 MG PM . AMLODIPINO 5 MG VIA ORAL CADA DIA. HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VIA ORAL CADA DIA
		NO	F	NIEGA

**SOLICITUD AMBULATORIA****PROFESIONAL:** JUAN GUILLERMO JAIMES CC - 1098635992 T.P 1098635992**ORIGEN DE LA ATENCION**

Enfermedad general

**FINALIDAD DE LA ATENCION**

No aplica

**DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS**

CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO
M175	OTRAS GONARTROSIS SECUNDARIAS	AMBULATORIO

**ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION****ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA****ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA INSUMOS****PROFESIONAL:** JUAN GUILLERMO JAIMES

CC - 1098635992 - T.P 1098635992

**ESPECIALIDAD** - TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA

Imprimió: MERCEDES MAGALLANES CAUSADO - mercedes.magallanes

Fecha Impresión: 2023/10/19 - 10:03:06





## 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	5436702
NOMBRES	LUIS ALBERTO
APELLIDOS	VARGAS SUAREZ
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	26/03/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/03/2024 11:52:10	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

A3

Fecha de consulta:

03/10/2024

Ficha:

54874224555600000010

Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS ALBERTO

Apellidos: VARGAS SUAREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5436702

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

10/08/2023

Última actualización ciudadano:

10/08/2023

Última actualización via 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

RED DE SERVICIOS NORTE DE SANTANDER  
NIT: 890501734-7  
CENTRALES ELECTRICAS DEL NORTE  
DE SANTANDER S.A. E.S.P.  
NIT. 890500514

NUMERO TRANSACCION: 20325384  
FECHA: 29/09/2024 HORA: 09:08:30  
VENDEDOR: 1092362866  
OFICINA V ROSARIO  
NIT: 890501734-7

CODIGO SEGURIDAD  
7386554235####

RECAUDO CENS PREPAGO  
REFERENCIA: 14367062974  
COMPRA: 5451476  
ESTRATO: 2  
USO: RESIDENCIAL

PIN: 32029736850197743813

NOM CLIENTE: L PENA  
DIRECCION: CRA 11 23-32  
BARRIO: 1407-GRAN COLOMBIA  
MUNICIPIO: 54874-VILLA DEL ROSARIO  
DEPARTAMENTO: 54-NORTE DE SANTANDER

NUM CLIENTE: 111017  
MEDIDOR: 14367062974  
VALOR VENTA: \$10,000  
VALOR PRECARGA: 0  
KW/H: 18  
TARIFA: 960.0579  
KW/H SUBS: 18  
SUBSIDIO: -8377  
CONTRIBUCION: 0  
APL DEU: 858  
SALDO: 440831  
APL ASE0: 0  
SALDO ASE0: 0  
OPE ASE0: VEOLIA ASE0 NORTE DE SANTANDER  
SAS ESP  
TEL OPE ASE0: 018000950096  
FECHA PAGO: 29/09/2024 HORA: 09:08:30  
CONSERVE ESTE TIQUETE,  
ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO