

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

| 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 | 06 de Agosto de 2024 |
| Fecha de expedición de la autorización | 06 de Agosto de 2024 |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA | |
| Nombre Completo | MARIELA ARCHILA DUARTE |
| Tipo de Documento Identidad | R.C. () T.I. () C.C. (<input checked="" type="checkbox"/>) Otro () |
| Número de Documento de Identidad | 60.403.148 de Villa del Rosario |
| Edad | 60 años |
| Género | Femenino |
| Dirección | Calle 19 #13-23 Barrio San Judas |
| Teléfono fijo | 3212195293 |
| No. de Celular (2 números si es posible) | 3138470144 |
| Municipio de residencia | Villa del Rosario |
| Correo Electrónico | Wlisbey42@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: () |
| Nombre Completo del Representante | WENDY LISBEY ALFEREZ ARCHILA |
| Parentesco de la PcD | Hija |
| Tipo de Documento Identidad | Cédula de ciudadanía |
| Número de Documento de Identidad | 1.092.350.345 de Villa del Rosario |
| Teléfono fijo y/o No. de celular | 3138470144 |
| 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) | 1125208 |
| Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad) | H472 – H408 – H524 – H541 – H310 |
| 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.ipsprogresando@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: <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: X Otro: _____ |
| DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN | |
| 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 |  |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **60.403.148**

ARCHILA DUARTE

APELLIDOS
MARIELA

NOMBRES

Mariela Duarte

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1964**

CAPITANEJO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

17-SEP-1987 VILLA ROSARIO


FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *San José, Panamá*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2510000-00120401-F-0060403148-20081102 0005189388A 1 7580004574

wlispbey 42 @ gmail . com

| | |
|---|---|
|  Jorge Cristóbal Sahiúm Villa del Rosario | PROCESO DE APOYO |
| | AREA DE TERAPIAS. |
| | VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES. |

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | | | |
|---------------|---------------------------------|---------------|----------|--------------|-------------|------------|-------------|
| 1er. Apellido | Archila | 2do. Apellido | Duarte | Nombres | Manuela | DOCUMENTO: | 60403140 |
| Edad: | 60 | Estado Civil: | Separado | Escolaridad: | 2ª primaria | Género: | F X M |
| Dirección: | Cil 19 N-13-23 B San Judas O/Ro | | | | | Teléfono: | 321/2195293 |

FECHA: AÑO: 2024 MES: 01 DIA: 19

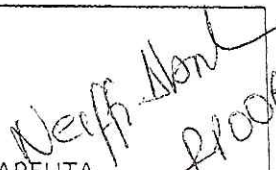
DIAGNÓSTICO: Atrofia Optica (H472). Glaucoma (H408)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Presbicia (H524) Ceguera parcial (H544)
Conjuntivitis crónica (H340)

Paciente quien presenta glaucoma Crónica bilateral y Atrofia Optica en el derecho causando Ceguera parcial, Retina adherida. Se le Realizó Tratamiento farmacológico sin posibilidad Tratamiento quirúrgico, Neuropatía Optica, daño estrodial severo del disco optico y daño funcional Severo en campo Visual del ojo derecho. Presenta alteración de la fijación y el seguimiento Visual, así como la estabilidad y el Equilibrio. Prueba Romberg (+).
 Semidependiente Actividades Básicas Cotidianas
 Marcha Inestable, predominio alteraciones en motricidad fina.
 Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD VISUAL MODERADA


Alvaro Enrique Parra
 Médico General
 CC 13.168.556
 R.M. 3794
 MEDICO


Neff
 FISIOTERAPEUTA
 21006390



HISTORIA CLINICA - EVOLUCION

IDENTIFICACION 60403148 ARCHILA DUARTE MARIELA

FECHA DE NACIMIENTO 25/03/1964 EDAD 59 Años 7 Meses 1 Día

Página 1

OCUPACION NA

DIRECCION CLL 19 3-23 SAN JUSDAS

RESPONSABLE

TIPO DE USUARIO SUBSIDIADO

ENTIDAD COOSALUD EPS S.A. (CAPITA)

FECHA 26/10/2023 HORA 13:47

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenina de 59 años de edad con Glaucoma crónico de ambos ojos + atrofia óptica de ojo derecho .

AV CC OD 20/300 OI 20/20

MG+ OD

Bio OD: normal . BUT 9-10 seg OI: normal. BUT 9-10 seg

TIO OD 11mmHg OI 11mmHg

Gonioscopia ODI: ANG GIII 360°

F. de O OD: atrofia óptica , retina adherida OI: CUP 0.3 retina adherida

DIAGNOSTICOS

H472 - ATROFIA OPTICA - OD

H408 - OTROS GLAUCOMAS - AO

H524 - PRESBICIA - AO

CONDUCTA

SS Optometria. Dorzolamida 2% + Timolol 0.5% cada 12hs + Latanoprost 0.005% 1 gota al día y Carboximetilcelulosa sódica 5% cada 8hs en ambos ojos Uso Permanente .(6). Control 6 meses.

ACTIVIDADES PACIENTE

MEDICO NELLY BRAHIM OFTALMOLOGO REG. MED. 10265



MinSalud

Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Login: RDU6040698854674 Usuario: YENI YUSMARY ESTEBAN ESPINOSA
Entidad: 546740000000 SECRETARIA MUNICIPAL DE VILLA DEL ROSARIO

- Consultar Registros
- Monitoreo
- Consultar Histórico
- Reportes
- Cambiar Contraseña
- Salir

| REGISTRO GUARDADO EXITOSAMENTE | |
|--------------------------------|-------------------|
| Tipo de Documento: | Cédula Ciudadanía |
| Número de Documento: | 60403148 |
| Primer Apellido: | ARCHILA |
| Segundo Apellido: | DUARTE |
| Primer Nombre: | MARIELA |
| Segundo Nombre: | |

Atención al usuario: Teléfono en Bogotá D.C. +57(1)589 3750, en el resto del país 018000 960020
Horario de lunes a viernes 7am a 6pm, sábados de 8am a 1pm - jornada continua
Correo electrónico discapacidad@minsalud.gov.co Centro de Contacto al Ciudadano
Ministerio de Salud y Protección Social



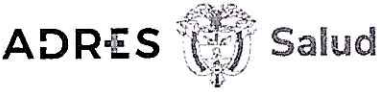
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :



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 | 60403148 |
| NOMBRES | MARIELA |
| APELLIDOS | ARCHILA DUARTE |
| 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:

08/05/2024
18:48:05

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:

05/08/2024

Ficha:

54874019553900000958

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIELA

Apellidos: ARCHILA DUARTE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60403148

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

10/01/2024

Última actualización ciudadano:

10/01/2024

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:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.092.350.345**

ALFEREZ ARCHILA

APELLIDOS

WENDY LISBEY

NOMBRES

Wendy A

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-1992**

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

A+

G.S RH

F

SEXO

19-ABR-2010 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2510000-00251530 F-1092350345-20100823

0023517839A 1

34380251