
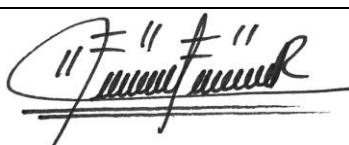
 <p><b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> NORTE DE SANTANDER</p>	<p><b>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</b></p>	 <p><b>Gobernación de Norte de Santander</b> Instituto Departamental de Salud</p>
--	--	---

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	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	<b>MARISOL MOJICA MOTH</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( ) T.I. ( ) C.C. ( X ) Otro ( )
Número de Documento de Identidad	37.505.701 de Villa del Rosario
Edad	47 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 16 #0-151 Barrio San Gregorio
Teléfono fijo	3008806174
No. de Celular (2 números si es posible)	3135914615
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Mojicamayerly03@gmail.com">Mojicamayerly03@gmail.com</a>
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	MAYERLY MOJICA MOTH
Parentesco de la PcD	Hija
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.004.913.198 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3135914615
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)	<b>607658</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dx o Dx relacionado con la discapacidad)	G800 – G09X – H913
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"/> <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: <b>X</b> 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: G800 - G09X - H913 - ASODICAP



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 607658



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **37.505.701** REPÚBLICA DE COLOMBIA

**MOJICA MOTH**

APELLIDOS

**MARISOL**

NOMBRES

*marisol Mojica*

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-1977**

**SAN MIGUEL**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.50** **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**28-JUN-2001 VILLA DEL ROSARIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO YÁCHA



P-2510000-00981280-F-0037505701-20180222 0059605866A 1 9903496799

SECRETARÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

	PROCESO DE APOYO	CODIGO: PAAS 0141
	AREA DE TERAPIAS.	VERSIÓN: 01
	CERTIFICADO FISIOTERAPEUTICO DE LIMITACIONES FUNCIONALES.	Página 1 de 1

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Mojica	Uotha	Marisol	37505701
Edad: 45	Estado Civil: Soltera	Escolaridad: 5ª Primaria	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: Cra 16 N° 0-151 B. San Gregorio		Teléfono: 316/4934852	

FECHA: AÑO: 2022 MES: 01 DIA: 27

DIAGNÓSTICO: Parálisis Cerebral Espástica I800

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Hemiplejía Espástica I811  
Sordomuda

<p>Paciente quien desde la niñez presentó Cuadro Neurológico con alteración mental, movilidad, lenguaje y Audición. A la Valoración presenta alteración de la conducta y el comportamiento, agresividad ocasional, No se ubica en tiempo y espacio, se comunica con monosílabos, cumple ordenes sencillas no complejas presenta hemiplejía Espástica Izquierda, marcha en Segador con aumento poligono sustentación, alteración coordinación y equilibrio, Sem dependiente Act. Aseo, Vestido, Alimentación y traslados Requiere Acompañamiento permanente</p>
--

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MÚLTIPLE MODERADA (Motor, Mental, Lenguaje, Audición)

SUGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

FISIOTERAPEUTA

Neiff Abril

2006390



## CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 16/07/2024

INGRESO : 1628409

CC - 37505701

Edad : 47A 6M 2D

Sexo : Femenino

Nacimiento : 14/01/1977

Teléfono : 3008806174

Dirección : TORRES 3 APARTAMENTO 103 ALTOS DE BUENA VISTA

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: CONSCIENTE

MOTIVO CONSULTA: ES SORDO MUDA

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE ADULTO QUIEN ASISTE A CITA A CONTROL MEDICO EN COMPAÑIA DE LA HIJA SE REVISAN LAS CONSTANTES VITALES SE REVISAN Y SE EXAMINA TANTO FISICO COMO PSICOLOGICAMENTE ENCONTRANDO SIGNOS NI SINTOMAS DE SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA + SORDO MUDEZ PARA SOLICITAR CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD SE DAN LAS RECOMENDACIONES NUTRICIONALES, DIETA BAJA EN SAL SIN GRASAS SIN IRRITANTES SIN CONDIMENTOS, SIN AZUCARES Y SOBRE EL CONSUMO MODERADO DE CARBOHIDRATOS SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA NUTRICIONISTA SOBRE EL CONSUMO MODERADO DE LA SAL EN LAS COMIDAS, SOBRE LAS PRACTICA DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES, PRACTICA DE ACTIVIDADES LUDICAS, DEPORTIVAS PARA LA BUENA HIGIENE MENTAL SOBRE EL NO CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLOS SE DAN RECOMENDACIONES Y SE EXPLICA LOS PRO Y CONTROL DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS OFRECIDOS POR LA E.P.S. LO CUAL LO ENTIENDE Y SE MARCHA CONFORME DE LA CONSULTA.

## PARACLINICOS :

## ANTECEDENTES :

## REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

## SIGNOS VITALES

Peso : 44 kg

Temperatura : 36 °C

Presión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Talla : 142 cm

Frecuencia Respiratoria : 15 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 70 mmHg

I.M.C. : 21.82 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 78 V x Min

## EXÁMEN FÍSICO :

Craneo (Anormal). NORMOCEFALO

Ojos (Anormal). PRESBICIA

Oídos (Anormal). SORDA MUDA

Boca (Anormal). MUCOSA ORAL HUMEDA

Tórax (Anormal). NORMOEXPANSIBLE

Abdomen (Anormal). NO MASAS NO MEGALIAS

Sistema Nervioso (Anormal). CON DEFICIT MOTOR DEL HEMICUERPO IZQUIERDO

Músculo - Esquelético (Anormal). ATROFIA MUSCULAR

Neurología - Esfera mental (Anormal). HEMIPARESIA IZQUIERDA CON SECUELAS MOTORAS DE PARALISIS CEREBRAL

Cardio Pulmonar (Anormal). RSCRS NO SOPLOS RSRS NORMALES

NARIZ (Normal). CUELLO (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). PIEL (Normal).

## PLAN DE MANEJO :

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (Cantidad: 1) CONTROL PROGRAMA DE RUTA DEL ADULTO

## DIAGNÓSTICO :

G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA - (Confirmado Repetido)

G09X - SECUELAS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

H913 - SORDOMUDEZ NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

SE LLENA HISTORIA CLINICA SE SOLICITA CONTROL POR EL PROGRAMA DEL ADULTO

## ANÁLISIS :

PACIENTE ADULTO QUIEN ASISTE A CITA A CONTROL MEDICO EN COMPAÑIA DE LA HIJA SE REVISAN LAS CONSTANTES VITALES SE REVISAN Y SE EXAMINA TANTO FISICO COMO PSICOLOGICAMENTE ENCONTRANDO SIGNOS NI SINTOMAS DE SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA + SORDO MUDEZ PARA SOLICITAR CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD

## 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	37505701
NOMBRES	MARISOL
APELLIDOS	MOJICA MOTHÁ
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/04/2024 10:45:18	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 presentado la EPS o

Registro válido

Fecha de consulta:

04/07/2024

Ficha:

54874019553900001697

**B3**

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARISOL

Apellidos: MOJICA MOTHÁ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 37505701

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

02/08/2019

Última actualización ciudadano:

22/08/2019

Última actualización vía registros administrativos:

\*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben 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





Tu Información

Nombre: Marisol Mojica  
Dirección: Cra 160-151  
Barrio: San Gregorio  
Clase de Servicio: Residencial  
Ruta: 105 01512300925

Ciudad: Villa Del Rosario

Estrato 1

Tarifa: General

Tu número de cliente: 457319

Documento equivalente a factura N° - 1074764044

Fecha de emisión: Junio 13/2024

Tu último pago fue:

29/MAY/2024

Pagaste:

\$22,073



¡Escanea y paga!

¡Felicitaciones estas al día en tu pago!

Periodo facturado 09/MAY/2024 a 07/JUN/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

26/JUN/2024

Pago con recargo hasta:

03/JUL/2024

Días

Facturados

30

Servicios Facturados



Energía

\$397



Asco

\$7,505



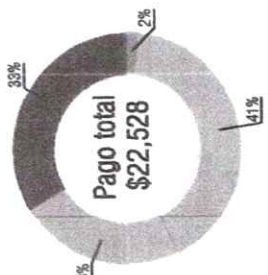
Alumbrado Público

\$5,353



Hogar / Previsión / Credisomos

\$9,273



Pago total \$22,528

Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales



Descarga la app CENS [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)

Consejos para ahorrar energía

¡Chatea con Lucía, chat bot de CENS!

Agrega a tus contactos la app

323 2315115

¡Feliz día Papá!

Con Credisomos tienes un bono de \$3.500.000 para que celebres tu día

¡Últimos y te contamos como recibirlo!

607 593 1715

¿Quieres ganar uno de estos electrodomésticos?

Únete al concurso Usuario Piloso

¡Regístrate ahora!

Escaneando este código

El hurto reiterado de infraestructura eléctrica atenta contra la disponibilidad permanente del servicio y se puede dejar sin energía por un término indeterminado.

Denuncia presencia de personal ajeno y/o reporta daños en el servicio a la línea 115 o a la línea de emergencias de la Policía Nacional (115, 1050 6075 2037)

Compensación Calidad del Servicio			
Indicadores	Periodo Actual		
	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Transformador	1102510-De la Empresa		
ILUG	41.74		
DIU	4.626		
HC	0		
R Compensar \$	0		
DI	301.762		
GrnCalidad			
ILUG	21		
FIU	15		
VC	4		
CEC	0		
%	0		
	16		

Información de tu instalación

Medidor Activa: 4557916

Medidor Reactiva:

Alimentador: ELSC69

Nivel de tensión: 1

Carga instalada: 1.5

Constante de medida: 1

El presente documento equivalente a factura presta mérito ejecutivo en virtud del artículo 13 del Decreto 142 de 1984 modificado por el artículo 18 de la ley 599 de 2001.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1985 la firma mecánica que aparece a continuación, tiene plena validez para todos los efectos legales.

José Miguel González Campo  
Representante Legal

Medios de pago

Puntos de pago

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a <https://sites.placetopay.com/censcentralselectricasdeins/login>

Apuestas Cúcuta 75 - BBVA - Compecens - Almacenes Éxito - Finorte Bancolombia - Davivienda - Efecty - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Datatontos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

NUMERO **1.004.913.198**

**MOJICA MOTH**

APELLIDOS **MAYERLY**

NOMBRES

*Mayerly Mojica*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-ENE-2003**

**CUCUTA**  
**(NORTE DE SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.52** **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**28-ENE-2021 VILLA DEL ROSARIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Alexander Vega Rocha*

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2510000-01206044-F-1004913198-20210201 0073253463A 1 8501403185

MINISTERIO DEL INTERIOR

300 8806174  
3735914675  
mojicamayerly03@gmail.com