

**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	<b>LAID PEREZ CARRASCAL</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( <input type="checkbox"/> )    T.I. ( <input type="checkbox"/> )    C.C. ( <input checked="" type="checkbox"/> )    Otro ( <input type="checkbox"/> )
Número de Documento de Identidad	42.483.607 de San Alberto
Edad	60 años
Género	Masculino
Dirección	Calle 1 #5-41 Barrio Fátima
Teléfono fijo	3167267334
No. de Celular (2 números si es posible)	3175397180
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:js6460791@gmail.com">js6460791@gmail.com</a>
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	JHON ALEXANDER SANCHEZ LOPEZ
Parentesco de la PCD	Esposo
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	88.190.737 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3103035469

**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>526435</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F321
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	<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: Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita Teléfono: 3188631534 Para Citas Email: aux.gestion.ipspresando@gmail.com
<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: <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: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
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	

## 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: F321



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 526435

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 42.483.607  
PEREZ CARRASCAL

APELLIDOS

LAID

NOMBRES

Laid Perez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-1963  
TAMALAMEQUE  
(CESAR)

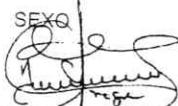
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 O+ F

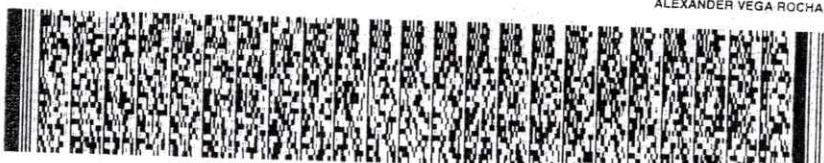
ESTATURA G.S. RH

25-MAR-1985 SAN ALBERTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

SEXO  
  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



R-1500150-01138615-F-0042483607-20200504

0070651193G 1

8500384977

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido <b>Peez</b>	2do. Apellido <b>Carrascal</b>	Nombres <b>Laid</b>	DOCUMENTO: <b>CC 42483602</b>
Edad : <b>60</b>	Estado Civil : <b>—</b>	Escolaridad: <b>—</b>	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: <b>Cll 1 N°5-41 B. fortuna U/Rio</b>		Teléfono: <b>316 7267334</b>	

FECHA: AÑO: **2024** MES: **03** DIA: **14**

DIAGNÓSTICO: **Síndrome Depresivo Moderado (F321)**

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

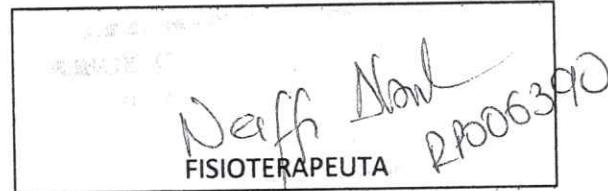
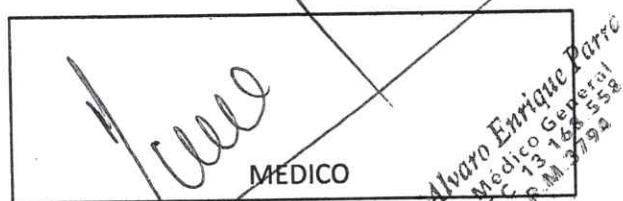
Paciente quien desde hace aprox. más de 2 años presenta trastorno Neuronal con presencia de Ansiedad, depresión, cuadro de tristeza, Anhedonia, perdida Interes, Incompetencia, Insomnio por Situación Vidente (muerte - pérdida hijos). A la Valoración presenta trastorno de la conducta y el comportamiento, Initalidad ocasional, conducta Refractaria, cumple órdenes Sencillas no complejas, trastorno de la comunicación y el contacto con el medio externo, postura encuadrada mantenida.

Recibe tratamiento farmacológico permanente por Psi-quietante (Quetiapina 25 mg /Conteo)

Semidependiente Ad. Vida Diaria

Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: **DISCAPACIDAD MENTAL MODERADA**



Identificación: CC 42483607  
Fecha nacimiento: 09/11/1963  
Edad: 60  
Ocupación:  
Estado civil: Soltero  
Sexo: F  
Dirección:  
Régimen: SUBSIDIADO  
Acompañante:  
Responsable:  
Entidad: NUEVA EPS  
Finalidad de la consulta: No aplica  
Causa externa: Enfermedad general  
Fecha de elaboración: 28/02/2024 17:27:00

ANAMNESIS

## MOTIVO DE CONSULTA:

DEPRESION

## ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE QUE COMENTA CUADRO DE ABATIMIENTO TRISTEZA ANHEDONIA, PERDIDA DE INTERES EN ACTIVIDADES DE RUTINA, INSOMNIO, CON INICIO DE ENFERMEDAD HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCION LOS SINTOMAS TIENEN PERIODICIDAD. COMENTA COMO DETONANTE PERDIDA DE HIJOS POR CONFLICTO ARMADO POR MUERTE VIOLENTA

REVISIÓN POR SISTEMAS

Cabeza cara y cuello

Cardiopulmonar

Abdomen

Extremidades

Sistema nervioso central

Sistema urinario

Otros

No aplica

Escala de dolor

0 - Sin dolor

ANTECEDENTES PERSONALES

OTROS

No

ALERGICOS

TRAUMÁTICOS

QUIRÚRGICOS

No

GINECO-COSITÉTRICOS  
No  
TOXICOLÓGICOS  
No  
FARMACOLÓGICOS  
No

ANTECEDENTES FAMILIARES

OTROS

Identificación: CC 42483607  
Fecha nacimiento: 09/11/1963  
Edad: 60  
Ocupación:  
Nombre: LAID PÉREZ CARRASCAL  
Estado Civil:  
Sexo: F  
Dirección:  
Número historia: 0000167773  
Teléfono:  
Parentesco:  
Entidad: NUEVA EPS  
Finalidad de la consulta: No aplica  
Causa externa: Enfermedad general  
No

EXAMEN FÍSICO

Aspecto: Normal

ECOG: 0

TA: 1 mmhg - FC: 1 xmin - FR: 1 xmin - T: 1 °C - PESO: 1 kg - TALLA: 1 m - IMC: 1.00 - S-C: 0.20 - SaO2: 11

Cabeza cara cuello: Normal  
G.U: Normal  
Abdomen: Normal  
Pie: Normal

Extremidades: Normal  
Mental psicológico ASPECTO TRANQUILLO, ORIENTADO GLOBALMENTE, CONCIENTE DE SITUACION, CONCIENTE DE SINTOMAS, ATENCIÓN MEMORIA CON DIFICULTADES SECUNDARIAS, LENGUAJE NORMAL, CURSO DE PENSAMIENTO NORMAL; CONTENIDOS DE IMPOTENCIA, PERJUICIO, CULPABILIDAD Y MINUSVALIA; NIEGA DEACION DE MUERTE Y DE SUICIDIO; SENSOPERCEPCION SIN ALTERACIONES; JUICIO NORMAL; AFECTO HIPERTIMICO DISLACUNERO, VOLUNTAD NORMAL.

SUEÑO CON INSOMNIO; APETITO CON HIPOREXIA, ACTIVIDAD MOTORA SIN ALTERACIONES.  
Neurologico: Normal  
Torax: Normal  
CONDUCTA: ESCITALOPRAM TB 10 MG #180  
USO: TOMAR UNA TB AL DIA EN LAS MAÑANAS POR 6 MESES  
QUETIAPINA TB 25 MG#180  
USO: TOMAR UNA TB EN LAS NOCHES POR 6 MESES  
CONTROLE EN 6 MESES

**DIAGNÓSTICOS:**  
F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO - Tipo diagnóstico: - Observación:  
Necesita control: Si, en 180 días

**JUAN CARLOS MENDOZA B.**  
Salud Mental y Psiquiatría  
Rm. 88416

**JUAN CARLOS MENDOZA BUCHELI**  
Especialidad: PSIQUEIATRIA  
CC: 1067836881 RM.: 1067836881

Bogotá, 20 de febrero de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Atentamente me permito certificar que la señora LAID PÉREZ CARRASCAL, identificada con cédula 42483607, participó en el "Programa de Salud Emocional para Víctimas del Conflicto Armado en Colombia", dentro el marco del proyecto de investigación titulado "*Efectos de un proyecto unificado para problemas emocionales en víctimas del conflicto armado en Colombia: Un ensayo clínico aleatorizado*". Este proyecto fue financiado por COLCIENCIAS e identificado con el código No. 120465740926.

La señora Laid Pérez fue remitida para participar en el mencionado proyecto de investigación por la Alta Consejería para las Víctimas de la Alcaldía de Bogotá. Su primer contacto para valorar su elegibilidad al programa fue por parte Natalya Martínez, asistente de investigación en el Laboratorio de Psicología Clínica, el día 5 de diciembre de 2018. A partir de esta fecha, la señora Laid comenzó el programa de manera intermitente los días 17 de diciembre de 2018, 14 de febrero de 2019 y 12 de abril de 2019, momento en el cual se suspendió su participación debido a sus dificultades para asistir a las sesiones de forma regular como lo exigía el programa.

Tendré mucho gusto en proporcionar cualquier información adicional que sea necesaria a través del correo [psicologiaclinicalab@uniandes.edu.co](mailto:psicologiaclinicalab@uniandes.edu.co) o al correo [lcastro@uniandes.edu.co](mailto:lcastro@uniandes.edu.co) o llamando al teléfono 3394949 ext. 2576

Atentamente,

  
Leonidas Castro Camacho, Ph.D., ABPP  
Profesor Asociado de Psicología  
Director del Proyecto de Investigación



SECRETARÍA DE  
SALUD

## LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

### HACE CONSTAR

Que la señora LAID MARÍA PÉREZ CARRASCAL identificada con cédula de ciudadanía número 42.483.607 fue atendida psicosocialmente en la modalidad individual en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI, realizado por la Secretaría Distrital de Salud mediante las competencias que la Ley 1448 del 2011 le ha delegado al sector salud, en la medida de Rehabilitación Psicosocial.

La atención psicosocial individual se realizó desde el equipo interdisciplinario ubicado en el Centro Local de Atención a Víctimas de Chapinero, iniciando en el mes de diciembre de 2018 con alcance de 8 sesiones de atención finalizando el proceso en el mes de febrero 2019, bajo la orientación metodológica “*Atención en duelo y re-experimentación de pérdidas*” dando cumplimiento a los objetivos concertados a partir del Plan de Atención priorizado dirigido a mitigar los daños psicosociales causados por la vulneraciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario

La constancia se expide a solicitud de la interesada el día 28 del mes de septiembre de 2020.

ADRIANA MERCEDES ARDILA SIERRA  
Subdirectora de Determinantes en Salud

Elaboró: Diana P Saldarriaga

## 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 :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	42483607
NOMBRES	LAID
APELLIDOS	PEREZ CARRASCAL
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	01/07/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de impresión: 07/08/2023 09:24:41 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

Registro válido

Fecha de consulta:

05/08/2024

Ficha:

54874316555000000002

A5

### Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

**Nombres:** LAID

**Apellidos:** PEREZ CARRASCAL

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 42483607

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:**

09/05/2024

**Última actualización ciudadano:**

09/05/2024

**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:**

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

**Teléfono:**

5701220 - 5700873 - 5700317

**Correo Electrónico:**

sisben@villarosario.gov.co



Grupo epm

### Tu Información

Nombre: Edgar Antonio Niño Perez  
Dirección: Cl 1 5-41  
Barrio: Fatima  
Clase de Servicio: Residencial  
Ruta: 105 01512303565

Ciudad: Villa Del Rosario  
Estrato 2  
Tarifa: Generica

Tu número de cliente: **106656**

Documento equivalente a factura N° - 1074138582

Fecha de emisión: Mayo 14/2024

Tu último pago fué:

22/ABR/2024

Pagaste:

\$97,530

¡Felicitaciones estas al día en tu pago!



iEscanea y paga!

Vigilado Super servicios NUIR/25/001-008

Periodo facturado 09/ABR/2024 a 08/MAY/2024

### Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:  
**28/MAY/2024**

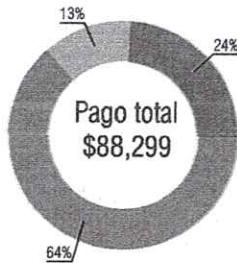
Pago con recargo hasta:  
**04/JUN/2024**

Días Facturados

**30**

### Servicios Facturados

Energía	\$56,151
Aseo	\$21,098
Alumbrado Público	\$11,050



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)

Con este número puedes hacer trámites y pagos

Reporta daños y emergencias marcando gratis

Número de cliente:

**106656**

018000 414 115 ó al 115

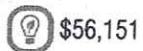
### Portal de Autogestión



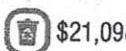
Gestiona tu cuenta de energía en el Portal de Autogestión

Regístrate en [www.cens.com.co/](http://www.cens.com.co/) Servicios en línea

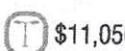
### Servicios Facturados



\$56,151



\$21,098



\$11,050

### Por tus servicios pagas

**\$88,299**



Solicita tu turno de atención a través de la **App de CENS**

Descárgala en:

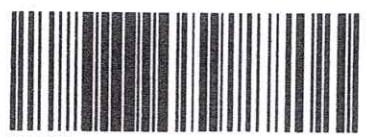


Play Store

12710-1/2



al Medio Ambiente  
ra por correo electrónico  
ia a [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)



Por tus  
servicios pagas



\$ 88,299

)20240604

Bogotá, Viernes 16 de Febrero de 2024

Señor(a)

**LAID PEREZ CARRASCAL**

Dirección: CALLE 1 NÚMERO 5-41 BARRIO FÁTIMA

Teléfono: 3103035469

VILLA DEL ROSARIO, NORTE DE SANTANDER, 48

LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS hace constar que, una vez consultado el Registro Único de Víctimas (RUV) el día Viernes 16 de Febrero de 2024, el(la) señor(a) **LAID PEREZ CARRASCAL**, identificado(a) con cedula de ciudadanía / contraseña **42483607**, evidencia el siguiente reporte de estado y hecho(s) victimizante(s):

DECLARACION/ RADICADO	ID	ESTADO VALORACION	HECHO(S) VICTIMIZANTES(S)	FECHA HECHO VICTIMIZANTE	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
BJ000295861	3413291 (RUV)	Incluido	Desplazamiento forzado	05/12/2003	norte de santander (54)	villa del rosario (54874)
BJ000295861	3413291 (RUV)	No Incluido	Amenaza	01/12/2003	norte de santander (54)	villa del rosario (54874)
BB000334035	3495057 (RUV)	Incluido	Homicidio	15/11/2017	norte de santander (54)	villa del rosario (54874)
BI000359915	3552949 (RUV)	Incluido	Amenaza	24/02/2018	norte de santander (54)	villa del rosario (54874)
BI000359915	3552949 (RUV)	Incluido	Desplazamiento forzado	07/05/2018	norte de santander (54)	villa del rosario (54874)

**ADVERTENCIA:** La presente constancia se hace por solicitud presencial de la persona registrada, previa verificación de su identidad, y da cuenta del estado de inscripción en el Registro Único de Víctimas, los hechos victimizantes por los que fue valorado y el lugar de ocurrencia de cada hecho, a la fecha de su expedición, este documento tiene un carácter de personal e intransferible.

Es preciso indicar que de conformidad con el Artículo 15 de la Constitución, toda la información suministrada por la Víctima y aquella relacionada con la solicitud de Registro es de carácter RESERVADO, según lo citado en el parágrafo 1º del Artículo 156 de la Ley 1448 de 2011; y de igual manera en el artículo 31 del decreto 4800 de 2011 -numeral noveno, que señala como obligaciones de los funcionarios públicos: "Garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información y abstenerse de hacer uso de la información contenida en la solicitud de registro o del proceso de diligenciamiento para obtener provecho para sí o para terceros".

De acuerdo con lo anterior y dadas las facultades legales descritas no se emitirán copias de este documento a ninguna otra entidad, ni persona natural o jurídica.

## LOS TRÁMITES Y SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

**SON GRATUITOS Y  
NO REQUIEREN DE INTERMEDIARIOS**

ANDREA NATHALIA ROMERO FIGUEROA  
Directora Técnica de Registro y Gestión de la Información  
Unidad para las Víctimas

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

**88.190.737**

NUMERO

SANCHEZ LOPEZ

APELLIDOS

JHON ALEXANDER

NOMBRES

*Jhon Alexander Sanchez Lopez*

FIRMA



INDICE DERECHO

**28-DIC-1974**

FECHA DE NACIMIENTO  
**VILLA ROSARIO**  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

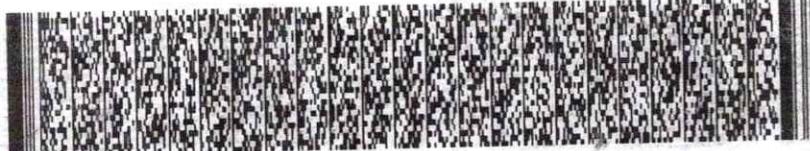
**M**

SEXO

**30-SEP-1993 VILLA ROSARIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-8881565-43157539-M-0088190737-20070615

**0119107165N 02 169323162**